بسم الله الرحمن الرحيم

كليـــــــة التـــربيـــــة

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

بعض الاضطرابات النفسية، أساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن في ضوء بعض المتغيرات

Some Psychological Disorders, Parenting Styles and the Level of religiosity among convicted females in the Rehabilitation Center in Jordan in light of some variables

إعـــــداد

وداد محمد الكفيري

إشـــــراف الدكتور

قاسم محمد سمور

حقل التخصص– الإرشاد النفسي

الفصل الدراسي الأول

2013م

بعض الاضطرابات النفسية، أساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن في ضوء بعض المتغيرات

إعداد

وداد محمد صالح الكفيري

بكالوريوس شريعة، جامعة اليرموك، 1994

ماجستير إرشاد نفسي، جامعة اليرموك، 2010

قدمت هذه الأطروحة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في تخصص الإرشاد النفسي في جامعة اليرموك، إربد، الأردن

وافق عليها

د. قاسم محمد سمور ....رئيسا ومشرفا

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة اليرموك

أ.د. أحمد يوسف قواسمة..................................عضوا

أستاذ في القياس والتقويم التربوي، جامعة اليرموك

د. رعد لفته الشاوي ....عضوا

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة اليرموك

د. عبد الكريم محمد جرادات..................................عضوا

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة اليرموك

د. سعاد منصور غيث..................................عضوا

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي والتربوي، الجامعة الأردنية

تاريخ مناقشة الأطروحة 10/ 11/ 2013

الإهـــــــداء

إلى روح رسولنا الكريم محمد (صلى الله عليه وسلم)

إلى روح والدي الطاهرتين

اللذين أعطياني الكثير؛ وهباني عشق الدرس وحب العلم

زرعا فيَّ الدأب لتحقيق الذات

إلى ثمرة فؤادي وأريج حياتي، الذين تحملوا معي الكثير

بناتي فرح وشهد وسرّاء ودانا ورغد وابني قاسم

إلى من أرى فيهم امتدادا لروح من فقدت

إخوتي وأخواتي

إلى صديقي أبو نذير،إلى صديقاتي اللواتي وجدتهن إذ عز الصديق

وصال وآمنه ونداء وإسلام

إلى كل من ترك فيّ أثرا طيبا، إلى كل من علمني حرفا

أهدي هذا العمل المتواضع

الباحثة

شكر وتقدير

قال تعالى: ﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ﴾.

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الخلق، سيدنا محمد (صلى الله عليه وسلم) وعلى آله وصحبه أجمعين أما بعد.

في نهاية هذا العمل، أقدم كل الشكر والعرفان بالجميل لأستاذي المشرف **الدكتور قاسم سمور**، الذي ما بخل علي بجهده وعلمه ووقته، فكان نعم المرشد والموجه، برحابة صدره ، وسعة معرفته، والذي أشرف على أطروحتي منذ أن كانت عنواناً، ولم يبخل بجهدٍ أو إرشادٍ أو نصحٍ من بداية هذا المشوار، فكان تمام هذا العمل وكماله بتوجيهات وتعديلات المشرف الفاضل.

كما أسند فضلاً آخر في إتمام هذه الأطروحة لأهل العلم والخبرة والدراية **لجنة المناقشة** المكونة من: الأستاذ الدكتور أحمد قواسمه والدكتور رعد الشاوي والدكتور عبد الكريم جرادات والدكتورة سعاد غيث، فلهم كل الشكر والتقدير على تحملهم عناء المناقشة، والقراءة ووضع الملاحظات، وعلى ما يقدم للباحثة من تعديلات وإرشادات.

كما وأوجه الشكر والتقدير **إلى مدير إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل** الذي سهّل مهمة الباحثة في تطبيق المقاييس، وأعطاها من جهده ووقته الثمين.

وأخيراً أشكر كل من ساهم في إعداد هذه الأطروحة وإخراجها بالصورة اللائقة.

الباحثة

وداد محمد الكفيري

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
الإهداء	ج
شكر وتقدير..	د
قائمة المحتويات...	هـ
قائمة الجداول	ح
قائمة الملاحق	ي
الملخص باللغة العربية	ك
الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها	
المقدمة	1
الاضطرابات النفسية..	4
الخصائص المميزة بين الأفراد الأسوياء وغير الأسوياء.....................	6
النماذج المفسرة للاضطرابات النفسية..	7
اضطراب القلق..	14
مفهوم القلق...	15
أعراض القلق	17
المحكات الشخصية للقلق العام حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية..	18
أسباب القلق...	20
القلق حالة وسمة	20
القلق السوي والقلق العصابي	21
العلاقة بين القلق والاكتئاب...	21
اضطراب الاكتئاب..	22
مفهوم الاكتئاب..	22
أعراض الاكتئاب...	24
وجهات النظر في الاكتئاب...	27
تصنيفات الاضطرابات الاكتئابية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية	28
المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب العصابي..............................	29

الموضوع	الصفحة
اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة................................	31
مفهوم اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة................................	32
أعراض اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة	33
المحكات التشخيصية لاضطراب انضغاط ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية................................	34
أسباب الصدمات النفسية	37
من هم الأكثر قابلية للإصابة باضطراب انضغاط ما بعد الصدمة	37
أساليب المعاملة الوالدية................................	39
مفهوم أساليب المعاملة الوالدية................................	40
التدين	44
مفهوم التدين................................	45
الاتجاهات النظرية والدراسات الميدانية المفسرة للعلاقة بين الصحة النفسية والتدين........	46
نظريات تفسير التدين................................	48
العوامل المؤثرة في مستوى التدين................................	49
مراكز الإصلاح والتأهيل................................	52
مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن................................	52
مركز إصلاح وتأهيل النساء	53
مشكلة الدراسة وأسئلتها................................	56
هدف الدراسة	58
أهمية الدراسة................................	58
التعريفات الإصطلاحية والإجرائية................................	59
حدود الدراسة................................	61
الفصل الثاني: الدراسات السابقة	
الدراسات السابقة................................	62
ملخص عام للدراسات السابقة	76
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	
مجتمع وعينة الدراسة	79
أدوات الدراسة................................	79

الموضوع	الصفحة

أولا: مقياس القلق العام	80
ثانيا: قائمة بيك للاكتئاب	84
ثالثا: مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة	88
رابعا: مقياس أساليب المعاملة الوالدية	93
خامسا: مقياس مستوى التدين	97
سادسا: بطاقة المعلومات الشخصية	99
إجراءات الدراسة	100
متغيرات الدراسة	101
المعالجات الإحصائية	101
الفصل الرابع: نتائج الدراسة	
نتائج السؤال الأول	102
نتائج السؤال الثاني	103
نتائج السؤال الثالث	103
نتائج السؤال الرابع	104
نتائج السؤال الخامس	112
نتائج السؤال السادس	116
الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات	
مناقشة نتائج السؤال الأول	121
مناقشة نتائج السؤال الثاني	122
مناقشة نتائج السؤال الثالث	123
مناقشة نتائج السؤال الرابع	124
مناقشة نتائج السؤال الخامس	127
مناقشة نتائج السؤال السادس	128
التوصيات	129
المراجع	130
الملاحق	149
الملخص باللغة الإنجليزية	171

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول1:	توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديموغرافية	79
الجدول2:	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الاردن	102
الجدول3:	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الاردن	103
الجدول 4:	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الاردن	104
الجدول 5:	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب القلق العام لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية	105
الجدول 6:	تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مستوى القلق العام لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن	106
الجدول 7:	المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر العمر	107
الجدول 8:	المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر الحالة الاجتماعية	107
الجدول 9:	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاكتئاب لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي ، الدخل الشهري ، الحالة الاجتماعية	108
الجدول 10:	تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مستوى الاكتئاب لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن	109
الجدول 11:	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي ، الدخل الشهري ، الحالة الاجتماعية	110
الجدول 12:	تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مستوى اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن	111
الجدول 13:	المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر الحالة الاجتماعية	112
الجدول 14:	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التدين لدى نزيلات مركز	113

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
	إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية	
114	تحليل التباين الرباعي المتعدد لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مجالات مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن	الجدول 15:
115	تحليل التباين الرباعي المتعدد لأثر العمر، المستوى التعليمي ، الدخل الشهري ، الحالة الاجتماعية على مستوى التدين الكلي لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن	الجدول 16:
117	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري ، الحالة الاجتماعية	الجدول 17:
118	تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي ، الدخل الشهري ، الحالة الاجتماعية على الأساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن	الجدول 18:
119	المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر الحالة الاجتماعية	الجدول 19:

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	كتاب طلب تسهيل المهمة الموجه من جامعة اليرموك لإدارة مراكز الإصلاح والتأهيل	149
2	الموافقة الأمنية الصادرة من إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل على تطبيق أدوات الدراسة	150
3	مقياس القلق العام قبل التحكيم	151
4	مقياس القلق العام بعد التحكيم	152
5	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس القلق العام	153
6	مقياس بيك للاكتئاب	154
7	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس بيك للاكتئاب	158
8	مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة قبل التحكيم	159
9	مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة بعد التحكيم	161
10	قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة	162
11	مقياس أساليب المعاملة الوالدية	163
12	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس أساليب المعاملة الوالدية والمحور الذي تنتمي إليه	165
13	مقياس مستوى التدين قبل التحكيم	166
14	مقياس مستوى التدين بعد التحكيم	167
15	قيم معاملات ارتباط فقرات مستوى التدين بالمقياس الكلي والمجالات	168
16	بطاقة المعلومات الديموغرافية	169
17	قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين	170

الملخص

الكفيري، وداد محمد، بعض الاضطرابات النفسية، وأساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين لدى نزيلات مركز وإصلاح وتأهيل النساء في الأردن في ضوء بعض المتغيرات. أطروحة دكتوراه، جامعة اليرموك، 2013.(المشرف : الدكتور قاسم محمد سمور).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاضطرابات النفسية متمثلة ب(القلق، الاكتئاب، انضغاط ما بعد الصدمة)، وأساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، تكونت عينة الدراسة من (252) نزيلة تم اختيارهن بالطريقة المتيسرة؛ وذلك خلال شهر أيار من عام (2013)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس القلق العام لسبيلبرجر وزملاؤه المقنن على البيئة العربية، ومقياس بك للاكتئاب المقنن على البيئة الأردنية ومقياس انضغاط ما بعد الصدمة الذي قننه المومني على البيئة الأردنية؛ كما استخدمت الباحثة مقياس أساليب المعاملة الوالدية المختصر عن مقياس بوري؛ إضافة إلى إعدادها مقياسا لقياس مستوى التدين، وقد اعتمدت الباحثة لاستخلاص النتائج الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل التباين المتعدد والمقارنات البعدية.

وكشفت نتائج الدراسة عن ارتفاع مستوى اضطرابي القلق، وانضغاط ما بعد الصدمة لدى النزيلات، فيما كشفت عن مستوى متوسط لاضطراب الاكتئاب، كما أشارت النتائج إلى أن أسلوب المعاملة الوالدية السائد لدى أسر النزيلات كان الأسلوب الحازم، يليه المتسلط، وأخيرا المتساهل.

وفيما يتعلق بمستوى التدين كشفت الدراسة عن ارتفاع مستوى التدين لدى النزيلات على الأداة ككل، وعلى مجاليها العقيدة والعبادات، أما فيما يتعلق بارتباط المتغيرات الديمغرافية بمتغيرات الدراسة فقد جاءت النتائج على النحو التالي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير العمر لصالح فئة (18-25) سنة، ولأثر المؤهل العلمي، لصالح فئة ثانوية عامة فأقل، وللدخل الشهري لصالح فئة (300) دينار فأقل كما وجدت فروق تعزى لأثر الحالة الاجتماعية لصالح فئة مطلقة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المؤهل العلمي في أساليب المعاملة الوالدية لصالح فئة ثانوية عامة فأقل ولأثر الحالة الاجتماعية لصالح فئة مطلقة في الأسلوب المتسلط، وعزباء في الأسلوب المتساهل.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين على الأداة ككل وعلى مجالي الأداة تعزى لأثر المؤهل العلمي والدخل الشهري لصالح ثانوية عامة فأقل، وفئة (300) دينار فأقل على التوالي.

وفي ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثة بإجراء المزيد من الدراسات على مركز إصلاح وتأهيل النساء، وإجراء الدراسات التجريبية التي من شأنها تقديم البرامج العلاجية اللازمة للنزيلات.

الكلمات المفتاحية : مستوى الاضطرابات النفسية، أساليب المعاملة الوالدية، مستوى التدين، نزيلات، مركز إصلاح وتأهيل النساء.

الفصل الأول

خلفيـة الدراسة

المقدمة:

اهتمت الدراسات الحديثة بدراسة الاضطرابات النفسية بين النزلاء في مراكز الإصلاح والتأهيل، وتبين منها تنوع هذه الاضطرابات وشيوعها لدى النزلاء – خاصة النساء– ، فعلى الرغم من أن السجن عقوبة تهدف إلى الإصلاح وتعديل السلوك، إلا أنه بيئة خصبة لشيوع الاضطرابات النفسية؛ من هنا كان حرص الباحثة على الممازجة بين أبرز العوامل المؤثرة في نفسية النزيلات وتحليلها بشكل علمي منهجي.

وقد اثبتت الدراسات العالمية ارتفاع نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين نزلاء السجون, كما اثبتت ارتفاع نسبة انتشار الاضطرابات النفسية لدى النزيلات بشكل أكبر منها لدى الذكور؛ ففي التقرير الذي نشرته وزارة العدل الأمريكية عام (2006) حول الصحة النفسية في السجون الأمريكية تبين أن نحو (64%) من نزلاء السجون يعانون أحد الاضطرابات النفسية, وشكلت النساء ما نسبته (73%) من هؤلاء المضطربين (James, & Glaze, 2006).

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع مثيلاتها من الدراسات المسحية العالمية؛ ففي بريطانيا تبين أن ما نسبته (37%) من نزلاء السجون الذكور و(57%) من النزيلات الإناث يعانون من الاضطرابات النفسية (Birmingham, 2004)، وفي دراسة حول انتشار الاضطرابات النفسية في السجون الأيرلندية وجدت الدراسة أن (41%) من المحكومات لديهن اضطرابات نفسية(Edwards, 2000)، وفي فرنسا بلغت نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين النزلاء في السجون الفرنسية (33%)(Lukasiewicz et al, 2009) وفي تقرير نشر عام (2012) حول الصحة النفسية في السجون الأسترالية, تبين أن نزلاء السجون أكثر

عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، إذ يعاني نحو (31%) من نزلاء السجون الأسترالية من أحد الاضطرابات النفسية على الأقل مقارنة بغيرهم من أفراد المجتمع بنسبة (2.5 : 1), كما تشكل النساء ما نسبته (26%) منهم إضافة إلى أن نحو(14%) من هذه الاضطرابات اضطرابات خطرة (Australian Institute of Health and Welfare, 2012)، وفي الهند بلغت نسبة من يعانون الاضطرابات النفسية من نزلاء السجون (28,8%) (Sandeep Kumar, Paramjit, Parshotam, Samta & Aseem , 2011).

أما عربيا فقد كشف الباحثون في المغرب عن أن ثلث المحكومين بالجرائم الكبرى لديهم اضطرابات نفسية،إلا أنهم يحتجزون في نفس الزنازين مع الأسوياء ويتلقون المعاملة ذاتها(استرجع في 2013/4/8 من المصدر www.maghress.com/almassae). وفيما عدا ذلك لم تجد الباحثة أية إحصائيات عربية حول موضوع الدراسة.

ويشكل الاكتئاب والقلق سمة مميزة لهذا العصر؛ نتيجة للتطور العلمي الهائل في حياة الإنسان, وتغير طرق تعامله مع الحياة والآخرين، والتي جعلت الفرد يغير اتجاهاته لتتناسب والواقع الجديد؛ ليعاني مشكلات التوافق مع المبادئ والقيم الجديدة (مرسي, 1976), وعندما يعجز الفرد في التوفيق بين حاجاته ودوافعه والواقع الذي يعيش فيه تزداد المشكلات النفسية لديه(كاظم, 2006)، فكيف به وهو داخل السجن يعاني الحرمان العاطفي والاجتماعي والاقتصادي في معظم الأحيان.

ورغم اختلاف تأثر النزلاء بهذه العوامل تبعا لمتغيرات متعددة (كمدة الحبس، وخبرات النزيل السابقة، ومستوى الدعم الاجتماعي)، إلا أن فرص الإصابة بالاضطرابات النفسية تتزايد لدى النزلاء، وعلى الرغم من محدودية أعداد النزيلات عربيا إلا أنها ظاهرة موجودة وآخذة في التزايد، لذا كان لا بد من الاهتمام بهذه الفئة وتسليط الضوء عليها (التركي، 1997).

ولا يخفى علينا دور مؤسسة التنشئة الاجتماعية الأولى(الأسرة)، التي يتفاعل معها الفرد من جهة ويعتمد عليها لفترة طويلة من جهة أخرى، والتي يستمر تأثيرها عليه؛ ففيها تتشكل معالم شخصيته، ومفاهيمه عن ذاته والآخرين وبالتالي تنظم سلوكه، والذي يتبلور نتاجا لأنماط التنشئة الأسرية، وأساليب الثواب والعقاب المتبعة داخل الأسرة (المومني والصمادي، 1995)، وقد أشار مصطفى(2006) إلى أن الباحثين أكدوا أن هنالك أساليب معاملة والدية إيجابية (سوية) مثل: إعطاء الأبناء قدرا من الحرية والاستقلال، والسماح لهم بالتعبير عن أنفسهم، ومناقشة الوالدين، كما أن هنالك أساليب معاملة والدية (غير سوية)، تتمثل في التسلط والحماية الزائدة والإهمال والقسوة والتفرقة وغيرها.

وأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة والقائمة على القسوة والإهمال، أو التدخل الزائد في حياة الطفل، أو التدليل والحماية الزائدة والتفرقة بين الأخوة في المعاملة، سواء من جانب الأب أو الأم، والتي غالباً ما تكون بدايتها في مراحل الطفولة المبكرة تؤدي الى ظهور أعراض عصابية أو ذهانية أو انحرافات اجتماعية لدى الأبناء (عبد الرحمن، 1998).

كما أن لنوعية المعاملة الوالدية دور كبير في تكوين شخصية الطفل واتجاهاته نحو الآخرين والحياة بشكل عام، فقد تهمل الأسرة طفلها أو تقسو عليه؛ مما يدفعه إلى الهروب منها إلى مجتمع المنحرفين الذين يندمج معهم بخضوعه لمعاييرهم، مما يدفع به لأن يكون أحد نزلاء السجون (الشاذلي، 1993)، ويؤكد باترك، هوبسون، كاستل وهاورد (Patrick,Hobson,Castle & Howard, 1994) أن القلقين والمكتئبين أقروا سلبية علاقاتهم بوالديهم، كما أن علاقتهم بوالديهم اتسمت إما بالإهمال أو الحماية الزائدة؛ الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالتناقض الوجداني، وعدم الاطمئنان النفسي، والذي يقود إلى الاضطراب مستقبلا. وللتوازن بين أسلوبي الشدة واللين له دور كبير في حفظ العلاقة الإيجابية بين الآباء

والأبناء، فاستخدام القسوة والعنف مثلا يشعر الطفل بالظلم والحرمان من الحب باستمرار، ويقلل من تكيفه مع العالم الخارجي، ليقوده في النهاية إلى عدائية المجتمع وبالتالي الجريمة (العزي، 2011).

وللجانب الروحي ممثلا بالتدين تأثيرا بالغا في الفرد، وعلى الأخص عند التعرض للأزمات النفسية، كحوادث الموت، والزلازل، والخسارة المادية، والسجن؛ لذا سعى كثير من الباحثين للكشف عن العلاقة ما بين التدين والصحة النفسية للسجناء، ليجد بعضهم علاقة ايجابية؛ فبارتفاع مستوى التدين تزداد الصحة النفسية لدى النزلاء، كدراسة كلير وسومتر (Clear & Sumter, 2002) ودراسة لونزاك وآخرون (Lonczak et al,2006).

وتكمن أهمية التدين في أنه يتضمن الرقابة الذاتية الداخلية للفرد التي تحول دونه وارتكاب المنكرات، وبالتالي البعد عن الانحراف والسجن، إذ تساهم العبودية والطاعة لله عز وجل في الراحة والطمأنينة النفسية، والتي يتوقع معها انخفاض احتمالية التعرض للإصابة بالاضطرابات.

الاضطرابات النفسية

اضطراب (disorder) في اللغة الانجليزية، يعني خلل أو اضطراب في الوظائف البدنية أو النفسية، يؤدي إلى حالة مرضية (الشربيني، 2002، ص 44).

وتعرف الرابطة الأمريكية لعلم النفس الاضطرابات النفسية بأنها: جملة من الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية، ذات الدلالة الاكلينيكية والمرتبطة بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة)، أو العجز (أي الضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية)، أو زيادة احتمال المعاناة، أو الموت، أو الألم، أو فقدان الحرية بشكل أكبر (American Psychiatric Association, 2000).

وعرف كولمان الاضطراب النفسي بأنه: اسم جامع لأنماط السلوك الشاذ سواء أكان سلوكا بسيطا أو شديدا (Coleman,1976).

ويعرف سكنر الاضطراب النفسي بأنه: سلوك غير ملائم أو خطر يهدد الفرد أو الآخرين، ويرجع إلى التعزيز وفي أغلب الحالات إلى العقاب (Skinner,1938).

وعرف نيوكمر(Newcomer, 1992) المشار إليه في البشر والقشعان (2007) الاضطراب بأنه: الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب النفسي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤذي فيه نفسه أو الآخرين.

أما عبد الرحمن (2000) فقد عرف الاضطراب النفسي: بأنه نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية، ترتبط سواء بأعراض مؤلمة، أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة، ومن هذا التعريف يتضح أن الاضطراب يستدل عليه من خلال العجز في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وليس فقط في علاقة الفرد بالمجتمع. وبهذا فإن هنالك ثلاثة أمور يستدل من خلال اجتماعها على الاضطراب النفسي وهي:

- وجود ألم نفسي أو عضوي واضح.
- قصور ذو دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض.
- لا يكفي لتعريف الاضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوك الفرد عن المجتمع (عبد الرحمن، 2000؛ Brulde, 2003).

وفي ضوء ما سبق تعرف الباحثة الاضطرابات النفسية بأنها: مجموعة من الأعراض النفسية والسلوكية الدالة إكلينيكيا، التي تظهر على الفرد والتي تؤدي إلى قصور في الوظائف الشخصية والمهنية للفرد.

الخصائص المميزة بين الأفراد الأسوياء وغير الأسوياء

وضع صالح (2008) مجموعة من الخصائص التالية التي تميز الأشخاص الأسوياء عن غير الأسوياء، ورغم أنها لا تمثل حدا فاصلا بين الشخص السوي وغير السوي، إلا أنها تمثل خصائص يمتلكها الشخص السوي بدرجة كبيرة مقارنة بالشخص الغير سوي وهي:

1. الإدراك الجيد للواقع: إذ يكون الأفراد الأسوياء واقعيين في ردود أفعالهم، ولديهم القدرة على إدراك ما يجري حولهم في العالم المحيط بهم، ولا يسيئون فهمها غالبا، كما أنهم لا يبالغون في منجزاتهم ولا يبخسونها أيضا، ويميلون إلى تحمل الصعوبات التي تواجههم.
2. معرفة الذات: إذ يمتلك الأسوياء معرفة كافية بأنفسهم ومشاعرهم، ولا يخفون مشاعرهم المهمة، أو دوافعهم، مع مراعاة أن الأفراد الأسوياء لا يفهمون مشاعرهم وتصرفاتهم بشكل كامل.
3. القدرة على السيطرة على السلوك: إذ يسيطر الأسوياء بدرجة كافية على سلوكهم، وهم قادرون على مقاومة الإلحاحات الجنسية أو العدوانية، وغالبا ما تكون قراراتهم بخصوص أمورهم الحياتية ودوافعهم اختيارية، وليست ناتجة عن دوافع لا يستطيعون السيطرة عليها.
4. تقدير الذات وقبولها: إذ يقدر الأسوياء ذواتهم، ويشعرون بالقبول ممن حولهم، ويتصرفون بعفوية في المواقف الاجتماعية المختلفة، في حين يشعر الغير سوي بعدم القيمة والاغتراب وعدم القبول.
5. القدرة على تكوين علاقات صحيحة: إذ يمتلك الأسوياء قدرة على إقامة علاقات تسودها المودة والصداقة مع الآخرين، ولديهم حساسية تجاه مشاعر الآخرين، ولا يفرضون على الآخرين مطالبهم لمصلحتهم الخاصة، في حين أن غير الأسوياء قلقين ومنشغلين في حماية أنفسهم ومتمركزين حول أنفسهم، ولا يتمكنون من الحصول على المودة والصداقة وتبادلها.

النماذج المفسرة للاضطرابات النفسية

تعددت التفسيرات للسلوك المضطرب، إلا أنها رغم تنوعها اهتمت بعوامل ثلاثة رئيسية هي: العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية، وفيما يلي عرض لأهم هذه التفسيرات:

1.النموذج البيولوجي The Biological Model

ووفقا لهذه النموذج فإن الأسباب الرئيسية للاضطرابات النفسية، وأفضل العلاجات لها بيولوجية بالدرجة الأولى، ويفترض هذا النموذج أن الاختلافات النفسية تعود الى خلل في وظائف الجهاز العصبي عموما، والمخ بشكل خاص، وباستخدام الأدوية والعقاقير يمكن معالجة هذه الإختلالات، ويعود تاريخ هذا النموذج إلى الإغريق والرومان في تفسير السلوك الشاذ، كما تم تدعيمه من قبل الصينيين والغرب خلال العصور الوسطى، في الوقت الذي آمن فيه الغرب بالعوامل الخارقة للطبيعة، ووجود الأرواح الشريرة والجن، والتي اعتقدوا مسؤوليتها عن المرض النفسي(عبد الرحمن، 2000).

وقد أدت الدراسات الحديثة في مجال الإختلالات الوظيفية للمخ في إحداث ثورة هامة في مجال فهمنا لعلم أسباب الأمراض، حيث كشفت أن اضطراب الفصام، والعديد من الاضطرابات المزاجية، وإدمان الكحول، ترتبط بشكل كبير بالإختلالات الوظيفية، والتي كان يعتقد وحتى وقت قريب أنها نتاج للضغوط البيئية وحسب، ومن هنا جاءت دراسة العوامل الوراثية كون الوراثة مسؤولة عن العديد من الصفات الوراثية عبر الجينات، ومن ضمنها الأمراض العقلية والنفسية، غير أنه لا يمكننا النظر الى المرض النفسي من هذه الزاوية فقط، وذلك لمساهمة العوامل النفسية والاجتماعية في حدوث المرض النفسي(عبد الرحمن، 2000).

2. النموذج السيكوديناامي The Psychodynamic Model

ويقوم هذا النموذج على افتراض أن السلوك الإنساني يتأثر بشدة بالعمليات النفسية اللاشعورية، من خلال الصراعات الداخلية والاندفاعات والرغبات، ويفترض هذا النموذج أن السلوكات السوية واللاسوية تنتج من تفاعل كل من العوامل الوراثية والبيئية، وأن هذين العاملين يؤثران في السلوك من خلال تأثيرهما في العمليات الشعورية واللاشعورية على حد سواء.

وتعتبر السنوات الأولى من عمر الفرد ذات أهمية بالغة دائمة على الحالة النفسية للفرد، ويعد سيجموند فرويد (1856-1939) أول علماء هذا النموذج، وأكثرهم تأثيرا؛ إذ يعتقد أن السلوك السوي والشاذ كلاهما يحدث نتيجة تفاعل الهو والأنا والأنا الأعلى، ويحدث السلوك الشاذ عندما تكون هذه المكونات الثلاث في حالة عدم التوازن، وعندما يكون الأنا ضعيفا، وعند عدم التمكن من حل هذه العلاقات ينتج القلق الحاد أو العصاب، وفي الحالات الحادة يصل الأمر الى الذهان (Coleman,1976., Frude,1998).

كما ساهم كل من يونج وأدلر وأوتورانك في النظرية السيكوديناميكية، وطور كل منهم نظريته البديلة عن نظرية فرويد في شرح تطور المرض النفسي، وكونوا مدرسة الفرويديون الجدد؛ فقد أرجع يونج المرض النفسي الى المشكلات التي عاناها والدي المريض عندما كان طفلا، واهتم بالمواقف المعاصرة المرتبطة بحدوث المرض (Lahey,2001)، أما أدلر فقد تركزت نظريته حول عقدة النقص فيما تركزت نظرية أتورانك حول الآثار السلبية المتعلقة بصدمة الميلاد، والتي يلاقيها الوليد عندما يفقد أمان وإشباعات الرحم، ليخرج الى عالم مليء بالإحباطات الحياتية (Adler,1964)، وأما سوليفان فهو من المنظرين الذين يرون الاضطراب النفسي نتاجا للآثار الاجتماعية المستمدة من العلاقات والصلات الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد منذ الولادة، والتي تسهم في تكوين شخصيته،

وأرجـــع المـــرض النفسي إلى حـــدوث اضـــطرابات في علاقـــات الاتصـــال البينشخصـــي (Sarason, 1972). فيما تميل هورناي إلى ترجيح العوامل الاجتماعية، كأسباب للاضطرابات النفسية فهي ترى العصاب تعبيرا عن الاضطراب في العلاقات الإنسانية (Horney,1945).

3. النموذج الإنساني Humanistic Model

يؤكد هذا النموذج على تمييز الشعور أو الوعي الإنساني، كما يؤكد على تميز وقيمة كل فرد بغض النظر عن مكانته ووضعه وتأثيره في الآخرين، وينظر الى الإنسان نظرة متفائلة، وأن كل البشر لديهم القدرة على النمو الانفعالي والعقلي، واستغلال كل قدراتهم إذا حاولوا ذلك. ومن رواد هذا النموذج روجرز وماسلو، أما روجرز فيعتقد بأن كل من الشخصية والسلوك يتطور من خلال إدراكنا وتفسيراتنا للعالم من حولنا من ناحية، ومن خلال العوامل البيولوجية وعمليات التعلم من ناحية أخرى. ويؤكد روجرز الأهمية المركزية للشخص في فهم السلوك، أما المرض النفسي عند روجرز فيعود إلى الافتقار إلى الاعتبار الإيجابي غير المشروط، وعدم التطابق بين الخبرة ومفهوم الذات (Rogers,1980). في حين يرى ماسلو أن هنالك العديد من الوسائل التي يستطيع الناس من خلالها تحقيق ذواتهم على الرغم من وجود إحباطات ومصادر للقلق في المجتمع، وسمى هذه العملية بتحقيق الذات (Self- actualization)، ويرى ماسلو أن السبب الأول للأمراض النفسية، هو الفشل في إشباع الحاجات الأساسية كالحاجات الفسيولوجية، وحاجات الأمان، والحب والتقدير، وتحقيق الذات، ويقول ماسلو بأن هذه الحاجات يجب أن تشبع وإلا أصابنا المرض. وكلما زادت حدة عدم تحقيق الذات كلما ازدادت خطورة المرض. وحيث أن تحقيق الذات يقع في أعلى الهرم فإن تحقيق الذات لا يتم تحقيقه

إلا بإشباع الحاجات الأدنى التي يشترك فيها جميع الناس كالحاجة للأمان والانتماء والحب والتقدير (Frude, 1998.,Maslow,1970).

4. النموذج السلوكي The Behavioral Model

يعد واطسن (1878-1958) المؤسس الحقيقي للسلوكية، وسعى واطسن إلى توجيه علم النفس نحو السلوك؛ نظرا لأنه يمكن ملاحظته وقياسه، ويقوم هذا النموذج على أساس أن التعلم يلعب الدور الأساسي في نمو السلوك، ويندرج تحت هذا النموذج ثلاث طرق رئيسية للتعلم غاية في الأهمية لتكوين سلوك جديد، أو تعديل سلوك قائم، وهي الإشراط الكلاسيكي(الإستجابي) والإشراط الإجرائي (الأدائي)، والتعلم بالملاحظة، وحسب السلوكيون فإن هنالك أربعة أصناف لسوء التكيف هي: (عجز السلوك، تسارع السلوك، سيطرة مثير غير مناسب، وأنظمة التعزيز غير الكفوءة)، ومن خلال العلاج السلوكي يحاول المعالج السلوكي تغيير استجابات محددة على أساس مبادئ التعلم(صالح، 2008).

ويقوم الإشراط الكلاسيكي لبافلوف على أساس أن اقتران المثير الشرطي لعدد من المرات مع المثير غير الشرطي يولد استجابة شرطية، ويعتقد أنصار السلوكية بأن الخوف أو القلق يمكن أن يكتسبا بطريقة الإشراط الكلاسيكية، كما تعتمد العديد من طرق العلاج السلوكي في علاج القلق والخوف على عملية الانطفاء؛ من خلال إضعاف العلاقة بين خبرة الخوف والأشياء المولدة لهذا الخوف (صالح، 2008). في حين يقوم الإشراط الإجرائي لسكنر على مبدأ أن السلوك الذي يتم تعزيزه يميل إلى التكرار، في حين أن السلوك الذي يتم إهماله أو عقابه يميل إلى الاختفاء والاندثار. ويعرف سكنر الاضطراب النفسي أو العقلي بأنه سلوك غير ملائم أو خطر يهدد الفرد أو الآخرين، ويرجع إلى التعزيز وفي أغلب الحالات إلى العقاب (Skinner,1938)، كما أن تطبيقات الإشراط الإجرائي في

مجال العلاج كثيرة جدا في مجالات (المرض النفسي والعقلي للراشدين، والإدمان، والتأخر الدراسي، واضطرابات الأكل والنوم، وغيرها من الاضطرابات).

وترتكز دراسة تأثير التعلم بالملاحظة في المرض النفسي على الكثير من سلوكيات البشر، كتعاطي الكحول أو التدخين؛ حيث أظهرت الدراسات أن تعاطي الكحول من قبل الرفيق المتعاطي، يؤثر بقوة على رغبة الفرد الآخر، رغم عدم وعيهما بهذا الأثر، ولذا يضع باندورا ثلاثة آثار للتعلم بالملاحظة هي: تعلم استجابات جديدة، وكف سلوكيات غير مرغوبة، أو تحرير سلوكيات ممنوعة سبق العقاب عليها، وتسهيل ظهور استجابات تقع في حصيلة الملاحظة (Bandura,1977).

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة الناس على تغيير سلوكياتهم إلى الطريقة التي يرغبون بها، من خلال تعلمهم طرقا أكثر للتكيف مع بيئاتهم الاجتماعية، وحل مشكلاتهم، ويتعاون المريض مع المعالج في التعرف إلى المشكلات والتخطيط لحلها (Coleman,1976., Frude, 1998).

5. نموذج التأثير الاجتماعي The Consequence Model

ويقوم هذا النموذج على تأثير الانتماء إلى جماعة معينة في مجتمع ما، على أعضاء هذه الجماعة، والسلوك المتبع تجاه أشخاص بعينهم يتأثر بعوامل كثيرة، كالجنس والعرق والديانة والمكانة الاجتماعية، ويؤثر بدوره في سلوك الأفراد، وتظهر مخاطره في صورة أنواع من الاضطرابات النفسية، وحسب هذا النموذج فليس من الغريب أن يتصرف فقير أو غير متعلم أو عاطل عن العمل، أو مراهق بشكل قاس، أو تنزوي امرأة وحيدة بعمر الثمانين وتعاني الاكتئاب(Frude, 1998).

كما ترى هذه النظرية أن الأمراض النفسية هي نتيجة للأمراض الاجتماعية؛ فعند تشخيص فرد ما على أنه مضطرب نفسيا، فإن اضطرابه ما هو إلا عرض للاضطرابات النفسية في المجتمع

كافة، ولا أدل على ذلك من ارتفاع أعداد المراجعين للعيادات النفسية بازدياد البطالة، وارتفاع حالات الموت الناتجة عن الضغوط النفسية كأمراض القلب والكبد (Pines,1982).

6- النموذج الحياتي الطبي

ويقوم هذا النموذج على عدد من النظريات وأهمها:

أولا: النظرية البنيوية (بنية الجسم): وتقوم هذه النظرية على أن الاختلافات في بنية الجسم مسؤولة عن اختلاف أنماط الشخصية، ويعد العالم الفرنسي كريتشمر (1925)، أول من حاول الربط بين خصائص جسمية معينة وخصائص مزاجية، على أساس من الاعتقاد بتوافر ارتباط عضوي بين الجسم والمزاج. فقد وضع أربعة أنماط جسمية تميز الأفراد عن بعضهم هي: النحيفة والبدينة والرياضية والناقصة أو المشوهة، وقد طور شيلدن نظرية كريتشمر، فقسم بنية الجسم إلى ثلاثة أقسام: الطبقة الظاهرية والجسمانية والأحشائية؛ فوصف أصحاب البنية الظاهرية (النحيفة) بالعصبية، أما أصحاب البنية الجسمانية فهم يميلون إلى حب السيطرة والتنافس والحركة، في حين يميل أصحاب البنية الأحشائية (السمينة) إلى حب الراحة والمتعة والاتصال الاجتماعي، غير أنه لا توجد أية أدلة على صدق ما ذهب إليه هذان العالمان(صالح، 2008).

ثانيا: النظريات الكيميائية: حيث تفترض بأن هنالك مواد كيميائية محددة هي المسؤولة (أو على الأقل تساهم) في السلوك المضطرب، ومن أوائل الذين اهتموا بالربط بين السلوك المضطرب ومواد كيميائية محددة هيث (Heath)، والذي افترض أن دم المصاب بالفصام يحتوي على مادة أطلق عليها اسم التاراكسين (Taraxein)، وهي المادة البروتينية المسئولة عن السلوك الذهاني، كما اعتقد الكثير من علماء النفس أن السلوك الشاذ ربما يحدث نتيجة لعدم التوازن الكيميائي في الجسم، ففي الكآبة مثلا

أرجعت إحدى النظريات سبب هذا الاضطراب إلى نقص في مركبات الكاتي كولامين (Catecholamine) عند مراكز الاستلام العصبية (Mahoney,1980).

ثالثا: النظريات الغذائية: وتركز هذه النظريات اهتمامها في العوامل الكيميائية، ويدور اهتمامها حول وجود أنواع من الأغذية تحمل مواد حيوية نشطة قد تكون السبب في الاضطرابات السلوكية، وقد بالغت هذه النظريات حتى عزت أبسط أنواع الاضطرابات وصولا إلى أعقدها (الفصام) إلى عادات غذائية رديئة.

وقد أشار العديد من الباحثين كجوردون (Gordon) وكابلاني (Kaplani)، وسكرمشو (Scrimshaw) إلى العديد من الملاحظات بخصوص السلوك البشري تركزت فيما يلي:

أ- إن النقص المستمر في بروتيني (Kwashiorkor) و(Marasmus) يسبب تلفا في الجهاز العصبي المركزي، ويتعذر إصلاحه إذا ما حدث فترة الرضاع.

ب- إن نقص سكر الجلوكوز في الدم يؤدي إلى الشعور بالصداع، الغثيان، التشوش والتعب، مما يؤدي إلى زيادة حساسية الجهاز العصبي المركزي وبالتالي التوتر والهيجان؛ حيث يستهلك المخ حوالي (25%) من سكر الجلوكوز الموجود في الدم (Scrimshaw & Hurtado, 1987).

7. النموذج التكاملي (البيولوجي/ السيكولوجي /الاجتماعي) The Biopsychososociql Model

ويشير المنهج التكاملي إلى أن النماذج الستة السابقة الذكر تدعم بعضها بعضا في تفسير السلوك المضطرب، ولا يمكن أن تكفي إحداها بمفردها في شرح أو تفسير تطور الاضطراب النفسي. وقد أضاف العديد من الباحثين نتائج تجريبية تدعم النموذج التكاملي؛ فقد استنتج روبرت بلومن في مجال دراسته عن وراثة السلوك نتائج تشير إلى الدور التفاعلي بين العوامل البيئية والوراثية في تحديد سلوكياتنا التي تميزنا كأشخاص متفردين ومتميزين، أما جون كاسيبو العالم النفس اجتماعي، فقد أكد

على وجود نتائج تدعم التفاعل بين كل من وظائف المخ والعمليات النفسية والاجتماعية، كما أكد اندرسون وآخرون على تأثير العوامل البيئية على مرض السرطان (عبد الرحمن، 2000).

كما تلعب خبرات الطفولة ومشاكلها دورا هاما في شخصية الفرد؛ فالإهمال أو الحماية الزائدة أو السيطرة الزائدة على الطفل أو الدلال، كلها عوامل مؤثرة في حياة الطفل النفسية والعقلية، بالإضافة إلى أن تواجد المشكلات الأسرية وسوء التوافق والانسجام بين أفراد الأسرة له دور كبير في ظهور المشكلات السلوكية لدى الأفراد (العيسوي، 1990).

ويتبنى الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية الاتجاه متعدد العوامل في تفسير أسباب الاضطرابات النفسية؛ حيث يرى بأن الاضطرابات النفسية تنتج عن مجموعة من العوامل؛ فالمتغيرات الفيزيائية، والمطالب الشخصية والاجتماعية، تضع الفرد أمام تحديات قوية في مختلف مراحل عمره وعندما ينجح في التعامل مع هذا التحدي في مرحلة معينة، يصبح مستعدا للتعامل مع تحديات جديدة، وعندما يفشل في حل المشاكل بطريقة مرضيه يصبح سيء التوافق.

اضطراب القلق

القلق في حد ذاته ظاهرة طبيعية، كما قد تكون له وظائف حيوية إذا ما ساعد على النشاط وحفظ الحياة، لكنه يكون مشكلة حينما يكون خوف دون سبب ظاهر أو مفهوم (عزت، 1982).

ويعتبر جوزف ولبي القلق من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي، والصادرة عن الجملة العصبية اللاإرادية بسبب مثير أو منبه يهدد الكائن الحي، ويحتوي القلق على عناصر معرفية وحركية وعصبية وسلوكية (الزراد، 2005)، وهو حجر الأساس وراء الكثير من الاضطرابات النفسية الحادة، كما يعتبر مفهوما أساسيا لتفسير معظم نظريات الشخصية وعلم الأمراض النفسية (عبد

الخالق، 1987). كما أنه أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا إذ يشكل نسبة (30-40%) من الاضطرابات العصابية، ويشيع لدى الإناث أكثر من الذكور (أبو صايمة،1995) ويصاب به الناس في مختلف الأعمار؛ إلا أنه يظهر بوضوح في سني العشرينات والثلاثينيات، وتصل نسبة انتشاره في الناس كافة (20%)(الحجاوي،2004).

وتشير كلمة القلق حينما تطلق دون تحديد إلى قلق السمة، ويعود ذلك إلى أن سمة القلق تتسم غالبا بالثبات النسبي، الذي لا يتوافر في قلق الحالة (الأنصاري، 2004). وقد أشار سبيلبرجر إلى أن الأفراد من ذوي سمة القلق العالية لديهم استعداد عال للاضطرابات النفسية، كما أن هنالك علاقة إيجابية ما بين سمة القلق وخبرات الطفولة المؤلمة، وبالتالي فإن الشخص الذي تعرض لخبرات مؤلمة في الطفولة ترتفع لديه سمة القلق، ويزداد ارتفاعها في المواقف الضاغطة، كما أن العلاقة إيجابية ما بين سمة القلق والمعتقدات اللاعقلانية فالأفراد من ذوي القلق المرتفع لا يمتلكون القدرة على مواجهة الأزمات ويشعرون بالفشل (Kilmann & Aurbach,1974).

وقد أشار كريستوفر وكريكيت (Christopher & Cricket, 2005) في دراستهما عن الاضطرابات النفسية بين نزيلات سجن فلوريدا المركزي إلى ارتفاع مستويات القلق والانطوائية بين النزيلات، كما يشير بيشاي (1998) إلى ارتفاع القلق لدى الدول ذات المستوى الاقتصادي المنخفض.

مفهوم القلق

القلق هو الانزعاج، فيقال قلق الشيء قلقا فهو قلق ومقلاق، وأقلق الشيء من مكانه وقلقه: أي حركه. والقلق أن لا يستقر في مكان واحد. (ابن منظور، 1990). وقد جاءت كلمة القلق (Anxiety) من الكلمة اللاتينية (Anxietus) وتعني العقل المنزعج (troubled mind)، والقلق اضطراب نفسي

عرف في الماضي بحالات الخوف والهم التي تؤذي الإنسان نفسيا وجسميا (سرحان، التكريتي وحباشنة، 2004).

ويعرف سبيلبرجر، أورباتش، وادزورث، دن وتالبي (Speilberger & Auerbach, Wadsworth, Dunn & Taulbee, 1973) القلق بأنه: شعور نفسي يدركه الفرد ويحسه عند ترقبه لحدث أو سماعه لخبر ما، أو تهديد بعدم تحقيق رغبه معينة، فهو شعور بتوتر نفسي وحسي، يؤدي بدوره إلى عدم الاستقرار والراحة، وبعض الأحاسيس الجسمية المصاحبة.

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي القلق بأنه: خوف أو ضيق أو توتر، ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولا إلى درجة كبيرة، و مصدره غير واضح، ويصاحب كلا من القلق والخوف عدد من التغيرات الفسيولوجية (American Psychiatric Association, 2000).

أما زهران (1978) فيعرف القلق بأنه: حالة توتر شاملة ومستمرة نتيجة تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية.

وهو: خبرة انفعالية مكدرة أو غير سارة يشعر بها الفرد عند تعرضه لمثير محدد أو مخيف أو عند تعرضه لموقف محبط، وهو خوف من المجهول؛ حيث يؤمن الفرد أن شيئا مريعا أو مفجعا سوف يحدث، ويصاحب ذلك انعدام الارتياح الجسمي والنفسي، وقد يصل الى حد الذعر(علي وشريف، 2004).

وبناء على ما سبق يمكن تعريف القلق بأنه: شعور بعدم الارتياح والتوتر، مصحوب بمظاهر نفسية وجسمية ومعرفية عند تعرض الفرد لمواقف معينة، كما قد يكون لأسباب غير معروفة.

أعراض القلق

وقد أوضح عبد الخالق (2000) أعراض القلق والتي تظهر على الأجهزة التالية:

1. الجهاز الحركي: إذ تشيع أعراض الصداع وآلام الرقبة والصدر، وسهولة التعب والضعف والتوتر والارتعاش والألم عند القيام بأي حركة، بالإضافة إلى الارتعاش في الصوت.
2. الجهاز الهضمي: حيث تظهر أعراض فقد الشهية، وعسر الهضم، والغثيان، والشعور بالانتفاخ و المرارة في الفم، والإمساك أو الإسهال، وصعوبة البلع، وجفاف الجلد.
3. الجهاز التنفسي: حيث يترافق ضيق التنفس وقصره، وانقباض الصدر مع مرض القلق.
4. الجهاز القلبي الوعائي: إذ يرافق التوتر الناتج عن القلق آلام في الصدر تحاكي آلام الذبحة الصدرية، كما قد يترافق مع الخفقان والإحساس بالسخونة في الوجه والاحمرار، أو أن شيئا يضغط على الصدر، أو ارتفاع ضغط الدم.
5. الجهاز التناسلي البولي: فيرافق القلق تكرار البول والحاجة إليه ونقص الاهتمامات الجنسية، وعدم انتظام الطمث، مع احتمال حدوث خلل في الوظائف الجنسية لدى الذكور والإناث.
6. الجهاز العصبي المركزي: حيث يعاني الفرد من النسيان، وفرط الحساسية للعمليات الجسمية العادية كالنبض ودقات القلب، بالإضافة الى الشحوب والزغللة والدوار وزيادة في عرق اليدين والقدمين.

وجدير بالذكر أن هذه الأعراض لا تتواجد لدى كل مريض، بل غالبا ما تتركز شكاوي المريض حول جهاز أو عضو معين، ولابد لتشخيص مريض القلق من الإحاطة بالعوامل الأخرى

المؤثرة في حدوث الأعراض، فقد تحدث هذه الأعراض لديه نتيجة عوامل وراثية أو نتيجة طبيعة العمل الخاص به، أو نتيجة مرض عضوي في جهاز معين.

المحكات التشخيصية للقلق العام Generalized Anxiety Disorder حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية(DSM-IV-TR,115-116).

أ- وجود قلق زائد أو هم مقيم (توقع شر أو خطر مرتقب) إزاء عدد من الأحداث أو النشاطات (مثل الأداء في العمل او الأداء المدرسي)، يحدث لعدة أيام أكثر من الأيام التي لا يحدث فيها، ويدوم ستة أشهر على الأقل.

ب- يجد الفرد صعوبة في التحكم في الهم الذي يمتلكه.

ج- يكون القلق والهم مصحوبين بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع وجود بعض الأعراض التي تحدث عدة أيام أكثر من الأيام التي لا تحدث فيها)، وذلك في فترة الأشهر الستة الأخيرة:

ملاحظة: يتطلب التشخيص في حالة الأطفال وجود عرض واحد فقط.

(1) الضجر او التململ أو شعور الفرد بأنه فاض به.

(2) التعب بسرعة ولأقل مجهود.

(3) صعوبة التركيز أو أن يصير الدماغ فارغا.

(4) التهيج.

(5) التوتر العضلي.

(6) اضطراب النوم (صعوبة الخلود إلى النوم، أو أن يظل الفرد يقظا، أو النوم غير المريح).

د- لا تكون بؤرة القلق أو الهم قاصرة على معالم من اضطراب آخر، وفقا للمحور(1)، وهو محور الاضطرابات الإكلينيكية، (من نظام التقدير المتعدد المحاور في التشخيص).

فعلى سبيل المثال: لا يكون القلق أو الهم إزاء وجود نوبة هلع عند الفرد (كما في حالة (اضطراب الهلع))، أو إزاء ما يبديه من ارتباك أو ورطة في حضرة الآخرين (كما في حالة (الرهاب الاجتماعي))، أو تعرضه للتلوث أو العدوى (كما في حالة (الاضطراب الوسواسي القهري))، أو وجوده بعيدا عن منزله أو أقاربه وثيقي الصلة به (كما في حالة (اضطراب قلق الانفصال))، أو زيادة الوزن (كما في حالة (اضطراب الاستغراق الجسدي))، أو الاعتقاد في وجود مرض خطر(كما في حالة (توهم المرض))، ولا يحدث القلق أو الهم تحديدا أثناء (اضطراب الضغوط التالية للصدمة).

هـ- يتسبب القلق أو الهم أو الأعراض الجسمية في إحداث ضيق أو كدر ذي دلالة إكلينيكية، أو تعطيل أو تعويق في أداء الفرد وظائفه الاجتماعية أو المهنية، أو في غيرها من المجالات المهمة الأخرى من توظيفه لإمكاناته.

و- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة من مواد العقاقير أو المخدرات (مثل، العقاقير أو المخدرات التي يساء استخدامها، أو العقاقير الطبية العلاجية، أو التعرض للسموم)، أو لحالة طبية عامة، (مثل فرط إفراز الدرقية)، ولا يحدث تحديدا أثناء (اضطراب المزاج) أو(الاضطراب الذهاني) أو (الاضطراب الارتقائي الشامل).

أسباب القلق

تختلف التفسيرات لأسباب القلق باختلاف وجهات النظر لعلماء النفس، فقد أرجعه فرويد إلى الغريزة الجنسية باعتبارها الأساس الأول الذي يصدر عنه القلق، في حين أرجعه أدلر إلى مشاعر النقص عند الفرد، سواء أكانت حسية أو معنوية أو اجتماعية، أما سوليفان فقد عده ناتجا عن اضطراب العلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع، وقد أعادت هورناي القلق إلى العوامل الاجتماعية والثقافية والعلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع، بينما يعتقد السلوكيون بأن القلق استجابة خوف متعلمة من خلال مبادئ الإشراط، وأخيرا أرجع المعرفيون القلق إلى أفكار المسترشد، والصورة الذهنية المهددة، وتفسير الإنسان وتقييمه للأحداث والظروف(عثمان، 2006).

وقد ناقش الزغول وطلافحة والمحاميد (2012) أسباب القلق وتنوعها، فأعادوا بعضها إلى أساليب التنشئة الاجتماعية، والممارسات الوالدية الخاطئة، كاستخدام العقاب، والنقد، وارتفاع حجم التوقعات الوالدية التي لا تتناسب مع قدرات الأبناء وإمكانياتهم، بالإضافة إلى عوامل التعلم الاجتماعي؛ إذ يشكل التعامل مع شخصيات قلقة في الأسرة والمدرسة والبيئة سبباً لوجود سمة القلق.

القلق حالة وسمة

يمكن تقسيم القلق إلى حالة القلق (State Anxiety) وسمة القلق (Trait Anxiety)، أما حالة القلق فتمثل الإحساس بالتوتر الذي يشعر به الفرد حينما يكون مترقبا لحدث أو خبر ما، وينتهي بانتهاء الحدث أو الخبر، وأما سمة القلق فهي سمة تميز الفرد وتحكم عليه بالتوتر والقلق، وهو شعور يلازم الفرد في العديد من المواقف التي يدركها الفرد ويتعامل معها على أنها عوامل خطرة ومهددة لأمنه، كما يتضمن ترقب الفرد لحدوث الخطر فجأة (Lazarus,1984,p124).

ويستثار هذا الاستعداد بمثيرات من داخل الفرد أو خارجه (الببلاوي، 1987 ، ص 5-6)، وهي صفة تتصف بالثبات النسبي، ولا تظهر بطريقة مباشرة في السلوك، بل قد تستنتج من ارتفاع حالة القلق وشدتها عند الفرد من خلال المواقف المختلفة، ويتميز المتسمون بها بنظرتهم إلى العالم على أنه مهدد وخطر. ويتفاوت الأفراد على سمة القلق؛ فمنهم من ترتفع لديه سمة القلق ومنهم من تنخفض؛ لذا فإن الأفراد من ذوي الدرجة المرتفعة من سمة القلق يشعرون بالقلق الكثير من المواقف مقارنة بذوي السمة المنخفضة، والفرد في قلق السمة يكون مستعدا بدرجة كبيرة للإحساس بالقلق في الكثير من المواقف والظروف (عبد الخالق، 1987).

القلق السوي والقلق العصابي

لابد لنا من التفريق ما بين نوعين من القلق هما: القلق السوي أو ما يسميه الأطباء القلق الفسيولوجي (الوظيفي) والقلق العصابي، أو ما يسمى بالقلق الباثولوجي (المرضي)، ويعتمد التفريق بينهما على عدة أسس هي: نوعية المواقف المسببة للقلق، شدة الأعراض، ودوام هذه الأعراض؛ فالقلق السوي قد يكون موضوعيا خارجيا أو ذاتيا داخليا، ويعزى الى موقف محدد في زمن محدد، وهو استجابة طبيعية، ويحدث عند غالبية الناس كقلق الامتحان أو قلق الأم على ولدها نتيجة مرضه. أما القلق العصابي فيعرف على أنه: انفعال غير سار، وشعور مكدر بتهديد أو هم مقيم، وعدم راحة واستقرار، وهو كذلك إحساس بالتوتر والشد، وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا، والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت ضرورات ملحة، أو مواقف تصعب مواجهتها (عبد الخالق، 1987، ص 27).

العلاقة بين القلق والاكتئاب

يعتبر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في شخصية الإنسان وتكمن خطورته في إمكانية امتداده إلى حالة من المرض النفسي؛ فهو يتفاوت بين حالة من التوتر البسيط إلى حالة من الاضطراب المزمن والذي قد يصل إلى الاكتئاب (أبو صايمة، 1991؛ عكاشة، 2003).

وقد اختلفت الدراسات والبحوث في تفسيرها للعلاقة بين القلق والاكتئاب، فقد وجد بعضهم تداخلا واشتراكا للعديد من الأعراض الخاصة بالقلق والاكتئاب، بينما أكد آخرون على أنهما اضطرابين مختلفين لهما أعراض مختلفة، في حين رأى بعضهم أن القلق يتطور ليصير اكتئابا (اليماني، 2004). أما عكاشة (2003) فيشير إلى أن من أهم الأمراض المصاحبة للقلق الاضطرابات التحولية والاكتئابية والاضطرابات الذهانية، وأهمها اضطراب الاكتئاب الأساسي.

اضطراب الاكتئاب

يعد الاكتئاب واحدة من أكثر المشكلات الصحية شيوعا (Spitzer,et al,1994)؛ ففي دراسة لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، تبين أن أكثر من مائة مليون شخص في العالم على الأقل يصابون كل عام بالاكتئاب الذي يمكن اكتشافه اكلينيكيا، إضافة الى تأثيرهم تأثيرا سلبيا على ما نسبته ثلاثة أضعاف هذا العدد(ابراهيم، 2008؛ أبو حجلة، 1990؛ Stewart, Rabkin, Quitkin,, McGrath, & Klein,1993)

كما تبلغ نسبة العصاب الاكتئابي من (20-30%) من الأمراض النفسية بشكل عام (السبيعي، 2004، ص 32)، وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن (98%) من حالات الاكتئاب لا يتم اكتشافها ولا تتوجه للعلاج (النابلسي، 1998)، ويظهر الاكتئاب من خلال مجموعة من الأعراض تسمى

المتلازمة الاكتئابية، وهي تشتمل على جوانب من السلوك والتفكير والمشاعر المترابطة التي تصف المريض بالنهاية بالاكتئابي (ابراهيم، 2008).

مفهوم الاكتئاب

في ابن منظور الاكتئاب مأخوذ من الفعل (كأب) والكآبة: سوء الحال والانكسار من الحزن، وكئب يكأب كأبا وكأبة وكآبة، كنشأة ونشاءه واكتأب اكتئابا: حزن واغتم وانكسر، فهو كئب وفي الحديث "أعوذ بك من كآبة المنقلب"، والكآبة: تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، فهو كئيب ومكتئب، والكآبة:الحزن، والكأباء: الحزن الشديد (ابن منظور،1990، 495-494).

وكلمة (depression) الإنجليزية تعني حرفيا (انخفاض)، أما عندما يتعلق الأمر بالمزاج؛ فالمقصود هو انخفاض المزاج، والترجمة العربية المستعملة هي الاكتئاب مقابل كلمة (depression)، وفي معجم مصطلحات الطب النفسي يقال اكتئاب (depression) ويعنى به اضطراب للمزاج، مع هبوط في الحالة النفسية والجسدية (الشربيني، 2002، ص 42).

ويستخدم مصطلح الاكتئاب إما كمصطلح للتشخيص، أو لوصف حالة انفعالية؛ فعندما يستخدم لوصف الانفعال؛ فإنه يشير إلى انخفاض في المعنويات أو الروح المعنوية والكآبة، وعندما يستخدم كتشخيص، فإنه يشير إلى مجموعة أعراض(syndromes) يمثل فيها التعب عنصرا هاما، وفي هذه الأيام يستخدم الأطباء النفسيون مصطلح (تشخيص اكتئاب) للإشارة إلى ما كان يعرف في الماضي باسم ميلانخوليا (melancholia)، وهي الحالة التي يعاني فيها المريض من انخفاض روحه المعنوية، ومن التخلف أو التأخر أو الإعاقة في الأفكار والسلوك وبعض الضلالات أو الهذاءات، وهو أحد الاضطرابات الوجدانية لأنه ينصب على المزاج (العيسوي، 1990).

ويعرف بيك (Beck et al, 1979) الاكتئاب بأنه: اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراب في الوجدان، حيث يرجع الاكتئاب إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكون اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج من جراء ذلك التشويه ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية السالبة، وهي ليست أعراض وجدانية فقط، وإنما أيضا معرفية ودافعية وفيزيائية.

الاكتئاب هو: اضطراب انفعالي يتضمن مشاعر من الحزن وفقدان الوزن أو زيادته، والأرق أو كثرة النوم، ونقص الطاقة، وفقدان الاهتمام والمتعة في الأنشطة اليومية، وعدم القدرة على التركيز، ومشاعر التفاهه أو الذنب المفرطة، والأفكار المتكررة عن الموت أو الانتحار(Association, 2000 American Psychiatric).

وقد عرفه ستات(Statt) بأنه:" أحد المظاهر العامة للاضطراب الانفعالي الذي يتدرج في الشدة من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية إلى حالة عقلية تتسم باليأس التام" (Statt , 1982 , 17 p).

ويعرفه عبد الخالق(1999،ص25) بأنه:" حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلا عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز، وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامات وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقد الوزن واضطرابات في النوم والشخصية، فضلا عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة وانخفاض الجدارة، والأفكار الإنتحارية " (عبد الخالق ،1999، ص 25).

ويعرف غريب الاكتئاب بأنه: خبرة وجدانية ذاتية تتعدد أعراضها كالحزن والتشاؤم والشعور بالفشل، والرغبة في لوم الذات، والتردد والإرهاق، وفقدان الشهية، والانسحاب الاجتماعي ومشاعر الذنب، وكراهية الذات، وعدم القدرة على بذل أي جهد (غريب، 2000).

وفي ضوء التعريفات السابقة تعرف الباحثة الاكتئاب بأنه: حالة من الغم والكآبة، وفقدان الرغبة في الحياة واهتماماتها، يظهر من خلال عدة أعراض نفسية وفسيولوجية.

أعراض الاكتئاب

يتميز الاكتئاب المرضي (الإكلينيكي) بأربع خصائص هي، الحدة والاستمرارية، وإعاقة أداء الفرد لنشاطاته وواجباته المعتادة، وعدم وضوح الأسباب المثيرة له بالشكل الواضح عند غالبية الناس، وهو يشتمل على مجموعة من الأعراض، ويمكن إجمال أعراض الاكتئاب بما يلي:

أولا: الأعراض المعرفية: وتتلخص في التفكير السلبي أو المشوه، صعوبة التركيز، التشتت، النسيان، فقدان الذاكرة، التردد، انخفاض وقت ردة الفعل.

ثانيا- الأعراض النفسية وتتمثل في:

1- اختلال الوظائف العقلية؛ حيث يبدو على المكتئب البطء وقلة الانتباه والسرحان، وعدم القدرة على التركيز، وضعف الذاكرة، إضافة إلى التردد في اتخاذ القرارات والارتباك (سرحان، 2003؛ ابراهيم، 2008).

2- التفكير؛ إذ يضخم المكتئب الأمور لأتفه الأسباب، ويستجر المضاعفات، كما يشعر بالإجهاد الشديد لمجرد التفكير بأي أمر مهما كان بسيطا، ويتميز تفكير المكتئب بتأنيب الضمير والشعور بالذنب، واتهام النفس بالخطيئة ولوم الذات، كما يتميز بتوهم العلل البدنية، وهي ظاهرة شائعة جدا لدى مرضى الاكتئاب، فترى المريض يراجع العيادات مرارا وتكرارا، دون أن يكتشف أي سبب عضوي لآلامه، كما ويتميز تفكير المكتئب أيضا بالشعور بعدم الأهمية وانحطاط قيمة الذات، ومن هنا تبدأ فكرة الإنتحار؛ فالمريض يحاول الإنتحار لأنه يشعر أنه لا يستحق الحياة أو

هو عار على أبنائه وأهله، وعندما يشتد هذا الإحساس تظهر الضلالات، وهنا يشعر المريض مثلا بتوقف أحد أجهزة جسمه عن العمل، كجهازه الهضمي على الرغم من سير الوظائف الفسيولوجية للجسم، كما تسود لدى المريض ضلالات الفقر والفشل، وأن هنالك من يريد له الإفلاس وأنه يستحق ذلك (بشري،2007).

3- الشعور باختلال الآنية وتبدد الواقع؛ حيث يشعر المريض بتغيير كبير في ذاته وفقدانه لمباهج الحياة، وبأن العالم من حوله قد تغير، وينظر إلى الحياة نظرة تشاؤمية سوداوية (ابراهيم، 2008).

4- الهلاوس؛ إذ قد تظهر لدى بعض المرضى بعض الهلاوس السمعية أو البصرية، والتي تتمحور حول الموت واستحقاقه له، وفشله وفقره، كما قد تكون الهلاوس بصرية، كرؤية الجثث والموت والأشباح (إبراهيم ،2008).

ثالثاً: الأعراض الجسمية:

والتي تتمثل في اضطرابات النوم، وفقدان الشهية، والإمساك، والصداع، والإغماء الشديد وفقدان الرغبة الجنسية، واضطراب ضغط الدم، والشعور بالضيق، والانقباض في الصدر واضطرابات البول (ابراهيم، 2008)، ومن الشكاوى الجسمية المميزة للاكتئاب، اضطرابات النوم والشهية، والشكوى من الصداع وآلام المعدة، وفقدان الرغبة الجنسية (Stewart et al, 1993).

رابعا : الأعراض السلوكية:

وتتلخص الأعراض السلوكية في ظهور أعراض الحزن والكآبة على مريض الاكتئاب، والسير البطيء المنحني، كما تنخفض قدرة المريض على العمل بل وقد يرفض الذهاب إليه، كما تتوتر العلاقات الاجتماعية للمريض؛ حيث يعاني الكثير من المكتئبين من عدم الرضا عن العلاقات

الاجتماعية كالزواج والزملاء والناس المألوفين، والإحساس بالقلق في المواقف الاجتماعية، وقد يشعر الفرد أنه وحيد ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، ويميل الى الانسحاب وعدم الرغبة في الروابط الاجتماعية، وإهمال الواجبات الأسرية، كما يظهر من خلال إهمال المريض لذاته ونظافته الشخصية وهندامه، ويتميز مريض الاكتئاب بقلة الحركة والكسل العام والخمول، وقد يصل إلى حد الشلل التام، أو الغيبوبة الاكتئابية، وفي هذه الحالة يدخل المريض فورا إلى المستشفى، ويعتبر الإنتحار أكثر الأعراض السلوكية خطورة؛ فقد وجدت الدراسات أن (50-70%) من حالات الإنتحار الناجح سببها الاكتئاب غير المشخص (عكاشه، 2003).

وجهات النظر في الاكتئاب

يفسر بيك الاكتئاب من وجهة نظره المعرفية؛ حيث يرجع الاكتئاب إلى طرق التفكير الخاطئة، والمكتئبين حسب بيك يرجعون فشلهم إلى أخطاء فيهم، ويضخمون هذه الأخطاء إلى درجة الاكتئاب، ويرجع بيك الاكتئاب إلى ثلاثة عناصر هي: الطرق السلبية لإدراك الذات والميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، والنظرة السلبية للمستقبل، والمشكلة عند المكتئبين أنهم يربطون الأحداث الآتية بالخبرات السابقة المؤلمة، ولا يربطونها بخبرات جديدة أكثر مناسبة، مما يفقدهم السيطرة على بنيتهم المعرفية، كما يكونون علاقات سلبية غير صحيحة، وبالتالي يتوصلون إلى نتائج غير صحيحة، إضافة إلى التعتيم المبالغ فيه، والاستنتاجات غير الصحيحة، وتضخيم الأمور، وربط الأحداث الخارجية بنفسه، والنظرة إلى الأحداث نظرة كمالية، فإما أن تكون تامة أو لا تكون (Beck et al, 1979).

وحسب اندرسون، فإن المكتئبين يفتقدون إلى التعبير عن أنفسهم، كما يفتقدون إلى العلاقات مع المحيطين بهم، وإلى المساندة الاجتماعية، ولديهم الكثير من الأفكار السالبة عن أنفسهم (Anderson,

2001)، أما باندورا فيرى أن المكتئبين أقل ثقة بأنفسهم، وأقل فعالية، ويفتقدون إلى ضبط الذات(Bandura, 1991).

تصنيفات الاضطرابات الاكتئابية Depressive Disorders حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية DSM-IV-TR .

1. **اضطراب الاكتئاب الأساسي (الرئيسي):** ويشمل اضطراب الاكتئاب الأساسي وحيد النوبة (single episode)، واضطراب الاكتئاب الأساسي المتكرر دوريا (المتواتر) (recurrent)،ويتم تشخيص النوع الأول من الاكتئاب حينما يمر مريض بنوبة اكتئاب رئيسية وحيدة غير مصحوبة بأي من النوبات الثلاث الأخرى، وهي نوبات الهوس، والهوس الخفيف، والنوبة المختلطة، أما اضطراب الاكتئاب الأساسي المتكرر دوريا، فيشخص عند وجود اثنتين أو أكثر من نوبات الاكتئاب الرئيسي.
2. **الاضطراب الاغتمامي أو العصابي (الديسيثميا) Dysthymic Disorder:** ويشخص هذا النوع من الاكتئاب عند وجود مزاج مكتئب معظم الأيام، ولمدة عامين، ولا يخلو الشخص من الأعراض لأكثر من شهرين في المرة الواحدة، وما يميزه عن الاكتئاب الأساسي؛ هو أن أعراض الاكتئاب الأساسي لا تتوافر مجتمعة فيه، بل يتوافر اثنان أو أكثر من الأعراض فقط بدل من خمسة أو أكثر من الأعراض (عبد الرحمن، 2000 ؛Pridmore, 2013).

3. اضطراب الاكتئاب غير المصنف في موضع آخر Depressive Disorder Not Other wise Specified:

ويتضمن هذا النوع من الاكتئاب اضطرابات مصحوبة بعلامات اكتئابية لا تناظر محكات اضطراب الاكتئاب الأساسي أو العصابي (الديسيثميا) (عبد الرحمن، 2000).

المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب العصابي (عسر المزاج) Dysthymic Disorder

أ- مزاج منخفض معظم اليوم أكثر الأيام لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.

ملاحظة: يمكن أن يكون المزاج عند الأطفال والمراهقين مستثارا، ويجب أن تكون المدة سنة على الأقل

ب- وجود مظهرين أو أكثر مما يلي أثناء انخفاض المزاج:

1- ضعف الشهية،أو الزيادة في الأكل.

2. الأرق، أو فرط النوم.

3.انخفاض الطاقة، أو التعب.

4.انخفاض قيمة الذات.

5.ضعف التركيز، أو صعوبة في اتخاذ القرارات.

6.مشاعر انعدام الأمل (اللاجدوى).

ج- ألا يخلو الشخص أثناء فترة سنتي الاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) أبدا من الأعراض المدرجة في المعيارين أ و ب لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.

د- عدم وجود نوبة اكتئابية جسيمة خلال العامين الأولين للاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين)،أي أنه لا يمكن تعليل الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب اكتئابي جسيم مزمن، أو اضطراب اكتئابي جسيم في حالة هدأة جزئية.

ملاحظة: قد تكون هناك نوبة اكتئابية جسيمة حدثت سابقا، شرط أن تكون في حالة هدأة تامة (لا وجود لأعراض أو علامات بارزة طوال شهرين) قبل تطور اضطراب عسر المزاج، فضلا عن ذلك وبعد العامين الأولين (عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين) من اضطراب عسر المزاج، قد تضاف نوبات من الاضطراب الاكتئابي الجسيم، وفي حالة كهذه يمكن وضع كلا التشخيصين إذا تحققت معايير نوبة اكتئابية جسيمة.

ع- لم توجد أبدا نوبة هوسية، أو نوبة مختلطة، أو نوبة تحت هوسية، كما لم تتحقق ابدا معايير اضطراب المزاج الدوري.

ه- لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير اضطراب ذهاني مزمن، كالفصام أو الاضطراب التوهمي.

و- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار أو تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل قصور الدرقية).

ي- تسبب الأعراض ضائقة مهمة سريريا، أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي، حدد إذا كان:

بدء مبكر: إذا كان البدء قبل عمر 21 سنة.

بدء متأخر: إذا كان البدء في عمر 21 سنة أو أكثر.

مع مظاهر لا نموذجية (جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2004).

وحيث أن الاكتئاب أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في عصرنا هذا (ابراهيم ،2008) فقد توقعت الباحثة ارتفاع مستوى اضطراب الاكتئاب لدى النزيلات، واللواتي يواجهن أزمة السجن، وقد استثارت الباحثة لتوقعها هذا بالكثير من الدراسات السابقة التي كشفت عن ارتفاع أعداد المصابين باضطراب الاكتئاب داخل السجن، كدراسة بتلر وزملاؤه (Butler et al, 2011)، ودراسة بتلر والنت (Butler & Allnutt, 2003).

اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة

يعد اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة من اضطرابات القلق التي تحدث بعد التعرض أو المشاهدة لأحداث خطرة أو صادمة، ويستجيب الناس عادة بالقلق والخوف تجاه الأحداث المهددة أو الخطرة، وتعد هذه الاستجابة طبيعية، إلا أن الذين يعانون اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة، يشعرون بالخوف أو القلق بعد انتهاء الحدث الصادم، دون أن يكونوا في خطر، وقد يحدث الاضطراب في أي سن(U.S.Department OF Health, 2013)

ومع أن تسمية العصاب الصدمي تعود إلى العالم أوبنهم (Oppenheim ,1884)؛ حيث كان له الفضل في تمييز هذا العصاب بوصفه اضطرابا نفسيا، إلا أن ابن سينا كان من أوائل من درس العصاب الصدمي بطريقة علمية، عندما ربط حملا وذئبا في غرفة واحدة، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره ومن ثم موته (النابلسي، 1991).

ويعتبر اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة استجابة مؤجلة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط (مستمر لفترة قصيرة أو طويلة)، ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، ويمكن أن يؤدي إلى حدوث ضيق شديد غالبا لأي فرد يتعرض له، وتشتمل الأحداث على الكوارث الطبيعية، أو الأحداث التي من

صنع الإنسان، أو المعارك أو الحوادث الخطرة، أو مشاهدة الموت العنيف للأشخاص الآخرين، أو الاغتصاب أو الإرهاب (الديوان الاميري، 2001؛ مكماهون، 2002).

مفهوم اضطراب (انضغاط) ما بعد الصدمة

الضغط (Stress) مشتق من الكلمة اللاتينية (Strigere)، ويعني شد وضيق وفي الإنجليزية ال(Stress) يعني المعاناة والضيق والاجهاد، وفي العربية (الكرب) ويعني الشدة تحت تأثير الأحداث الصادمة أو الشدة التي تسبب التوتر (حمدي وداوود، 2000).

أما **الصدمة:** من (صدم) والصدم: ضرب الشيء الصلب بشيء مثله، وصدمه صدمة: ضربه بجسده، وصادمه فتصادما، وصدمه يصدمه صدما، وصدمهم أمر: أصابهم، والتصادم: التزاحم، وفي الحديث النبوي الشريف: (إنما الصبر عند الصدمة الأولى) أي عند فورة المصيبة وحموتها (ابن منظور، 1990، ص 389).

واضطراب انضغاط ما بعد الصدمة: هو مشكلة القلق الذي يتطور في بعض الناس بعد الأحداث المؤلمة للغاية، كالمشاركة في الحروب، والجريمة، ووقوع حادث أو كارثة طبيعية، ويظهر من خلال استرجاع ذكريات الحدث الصادم، والكوابيس المؤلمة، وتجنب أي شيء يذكرهم بالصدمة، وتأثير مشاعر القلق هذه على أدائهم في الحياة (American Psychiatric Association, 2000).

وهو تعرض الإنسان لحدث يفوق قدراته الاعتيادية، ويؤدي به إلى حالة من التوتر والقلق والخوف والضيق والهروب من الواقع (صوالحي، 2012). ويعرفه النابلسي (1991): بأنه رد فعل شديد على الحادث الصادم، ويتميز رد الفعل هذا بثلاثة أصناف كبرى من الأعراض هي: إحياء التجربة، التحاشي، والإثارة المفرطة. أما عكاشه (2003) فيعرف اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة:

بأنه الاضطراب الذي يظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة، ويبدأ الاضطراب غالبا خلال شهر من ظهور الحدث الشديد أو الكرب، أو التغير في الحياة، ولا تتجاوز فترة الأعراض ستة أشهر.

وفي ضوء ماسبق من تعريفات يمكن تعريف اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة بأنه: أزمة ناتجة عن التعرض لموقف صادم أو ضاغط، وتتميز بظهور أعراض نفسية وجسدية، تتمثل في إعادة معايشة الخبرة الصادمة، وتجنب ما يذّكر فيها، وزيادة التوتر واليقظة.

أعراض اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة

تقسم أعراض اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة إلى:

أولاً: أعراض عضوية: وتتمثل في العرق الزائد، نوبات الدوار، ارتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب، سرعة التنفس، ومن العلامات العضوية لهذا الاضطراب أيضا التوتر في عضلات الرقبة، ويظهر خاصة من خلال الارتجاف، والصداع، والتوتر، وبرودة الأطراف، وفي الجهاز الهضمي (حموضة المعدة، الغثيان، الغازات، ألم البطن التشنجي، الإمساك أو الإسهال، وفقدان الشهية). وفيما يتعلق بالنوم: الأرق، والاستيقاظ المبكر، والكوابيس، والأحلام المزعجة، أما بالنسبة للقلب فالشعور بتسارع دقات القلب وعدم انتظامها، وبالنسبة للتنفس: صعوبة التنفس، وآلام الصدر، بالإضافة الى الاضطرابات الجنسية (عبد الله، 2001).

ثانياً: أعراض انفعالية: وتتمثل في الغضب، الشعور بالأسى والحزن والكآبة والتوتر الفسيولوجي والنفسي، وارتفاع مستوى القلق والحساسية والعدوانية (ديفيد، 1989).

ثالثاً: أعراض معرفية: وتتمثل في اختلاط التفكير،انخفاض التركيز، صعوبة اتخاذ القرار، و الانخفاض في مستوى الذاكرة (موسى ومحمود، 2000)، كما وتتمثل الآثار المعرفية بنقص الانتباه والتركيز والأفكار اللاعقلانية (ديفيد، 1989).

رابعاً: أعراض سلوكية: وتتمثل في اضطرابات الأكل والنوم والملبس (الحريري، 2009؛ عبد الله، 2001؛ موسى ومحمود، 2000).

وتتفاوت شدة أعراض اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة ما بين شديدة أو متوسطة؛ ففي الحالات الشديدة يعاني الشخص المضطرب من سوء التكيف في العمل والعلاقات الاجتماعية؛ فيتوهم الفرد بأن الحادث الصدمي يعود من جديد، أما بالنسبة لبعض الأشخاص والذي يعتدل لديهم الاضطراب فتكون أعراض اضطراب انضغاط ما بعد الصـــدمة قصيرة الأمـــد وسريعـــة الزوال (يونس،2005).

المحكات التشخيصية لاضطراب انضغاط ما بعد الصدمة Post-traumatic Stress Disorder حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض العقلية DSM-IV-TR هي:

أ- تعرض شخص لحادث صدمي مع وجود كل مما يلي:

1. أن يكون الشخص قد خبر أو شهد أو واجه حادثاً أو حوادثاً تضمنت موتا فعليا أو تهديدا بالموت أو أذىً خطيراً أو تهديداً للسلامة الجسدية للذات أو الآخرين.
2. أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد، أو العجز أو الترويع، ملاحظة: قد يعبر عن ذلك عند الأطفال بسلوك مشوش أو سلوك متهيج.

ب- استعادة خبرات الحادث الصدمي بشكل مستديم بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية:

1. ذكريات إقحامية معاودة للحادث، بما في ذلك الصور أو الأفكار أو الإدراكات، ملاحظة: قد يحدث عند الأطفال الصغار لعب تكراري يعبر من خلاله عن مواضيع أو نواحي الصدمة.

2. أحلام مكربة معاودة عن الحادث، ملاحظة: عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة بدون التعرف على محتواها.

3. التصرف أو الشعور كما لو أن الحادث الصدمي يعاود الحدوث، (ويشمل ذلك شعورا بإعادة إحياء الخبرة ونوبات استعادية.

ملاحظة: قد يحدث عند الأطفال الصغار إعادة تمثيل خاصة بالحادث الصدمي.

4. ضائقة نفسية شديدة عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية ترمز أو تشابه أحد أوجه الحادث الصدمي.

5. عودة الفعالية النفسية عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية ترمز أو تشابه أحد أوجه الحادث الصدمي.

ج- تجنب مستديم للمثيرات المصاحبة للصدمة، وتخدير(Numbing) الاستجابة العامة (غير موجودة قبل الصدمة)، كما يستدل على ذلك من ثلاثة أو أكثر من التظاهرات التالية:

1. جهود لتجنب الأفكار أو الإحساسات أو الأحاديث التي صاحبت الصدمة.

2.جهود لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص الذين يثيرون تذكرات الصدمة.

3. العجز عن تذكر جانب هام من الصدمة.

4.انخفاض الاهتمام أو المشاركة الواضحين في أنشطة مهمة.

5. الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.

6.تضيق المجال الوجداني (مثل العجز عن امتلاك مشاعر محبة).

7.إحساس بتقاصر المستقبل(مثال: لا يتوقع أن يحصل على مهنة أو أن يتزوج أو أن يكون لديه أطفال ...).

د- أعراض مستديمة من ازدياد الإثارة واليقظة (Arousal)(لم تكن موجودة قبل الصدمة) كما يستدل عليها من خلال اثنين أو أكثر مما يلي:

1. صعوبة الدخول في النوم أو المحافظة عليه.

2. استثارة أو انفجارات غضب.

3. صعوبة التركيز.

4. فرط التيقظ (Hyper vigilance).

5.استجابة إجفال مبالغ فيها.

ع- مدة الاضطراب (الأعراض في المعايير أ، ب، ج) أكثر من شهر.

ه- يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

حدد إذا كان:

حادا: إذا كانت مدة الأعراض أقل من 3 أشهر.

مزمنا: إذا كانت مدة الأعراض أكثر من 3 أشهر.

حدد إذا كان:

مع بدء متأخر: إذا بدأت الأعراض بعد 6 أشهر على الأقل بعد التعرض للعامل المكرب.

ولتشخيص الاضطراب لا بد من أن يكون الفرد قد مر بحدث صدمي، سبب له ضائقة من الناحية السريرية، واختلالا في الوظائف الاجتماعية والمهنية، ويصنف الاضطراب على أنه حاد، إذا استمر زيادة على ثلاثة أشهر، كما أن الأعراض عادة تبدأ بعد فترة قصيرة من الصدمة، إلا أنها قد تبدأ بعد فترة متأخرة، ويكون ذلك إذا ظهرت بعد ستة أشهر على الأقل، ويصنف الاضطراب في هذه الحالة على أنه ذو بداية متأخرة.

أسباب الصدمات النفسية

ورد في ربيع (2000) أسباب الصدمات النفسية وهي:

1- عقبات مادية: مثل وجود الإنسان في سجن، أو عدم إشباع حاجاته من الاجتماع بالناس، أو إتلاف ممتلكاته، أوعدم توافر الماء أو الطعام.

2- عقبات اجتماعية: كالإحباطات الناتجة عن التعامل مع الناس، وما يصاحب ذلك من مشاعر الفشل أو مس الكرامة أو إعاقة تحقيق الرغبات.

3-عقبات اقتصادية: مثل قلة توفر المال، وصعوبة الحصول عليه.

4-عقبات شخصية: كوجود إعاقة جسمية لدى الفرد، أو مرض مزمن، أو نقص في الذكاء، أو الشعور بعدم الجاذبية الشخصية.

كما أن من أهم الأسباب المؤدية الى وجود الأزمات النفسية الشديدة: شعور الفرد بوخز الضمير وبالمساس بكرامته، وعدم الأهمية، وفقدان المكانة الاجتماعية، وقلة الحيلة (راجح ،1965). ومن الأسباب الأكثر شيوعا لحدوث اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء الاغتصاب الجنسي، أو التعرض لحادثه خطيرة، أو اكتشاف خيانة زوجية، كما أنهن أكثر عرضة وبمعدل النصف للإصابة بالاضطراب، بينما

الأسباب الأكثر شيوعا لدى الرجال تعود إلى خبرات المعارك أو رؤية حادثة احتضار لشخص ما، أو التعرض إلى الكوارث الطبيعية كالفيضانات والزلازل والحرائق والحوادث.

من هم أكثر قابلية للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة؟

إن أكثر فئات الناس عرضة للإصابة هم المتسمون بالاعتمادية والسلبية وضعف الثقة بالنفس، وضعف الإرادة والمهارات، ومحدودية التعليم، بالإضافة إلى من يعانون من المشاكل النفسية والخبرات المؤلمة، كالتعرض للاختطاف والإساءة أو الإشراك القهري في تسويق المخدرات أو السرقة أو ارتكاب الجرائم، كما يكون من أشد المعرضين للاضطراب، من يعانون غياب أو ضعف الدعم، ومن لديهم تاريخ أسري مرضي (عبد الباقي، عكاشة وعبد المجيد، 2011).

وقد ورد في الموقع الرسمي للصحة النفسية التابع لوزارة الدفاع الأمريكية (2011 ,DHCC) أن لاضطراب ما بعد الصدمة أسبابا مساعدة هي:

ضغوط الحياة المتعددة، وعدم وجود الدعم الاجتماعي، وحداثة السن وقت الصدمة، ووجود اضطرابات نفسية سابقة، بالإضافة إلى عوامل أخرى: كالأنوثة، الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، انخفاض مستوى التعليم، انخفاض مستوى الذكاء، وجود صدمات سابقة، والتاريخ العائلي للأمراض النفسية.

ولا بد من التمييز ما بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وبين اضطراب الانضغاط الحاد؛ حيث يستعمل الانضغاط الحاد لوصف الحالة التي يكون فيها سرعة في الشفاء، بينما لا يكون الشفاء سريعا في اضطراب ما بعد الصدمة (عبد المجيد،2011).

ولأن حادثة السجن خبرة تتوافر فيها الأسباب المؤدية إلى حدوث أو نمو الأزمات النفسية، فهو مكان يشعر فيه المرء بعدم الأهمية، وفقدان المكانة الاجتماعية، بالإضافة لقلة الحيلة ووخز الضمير

والشعور بالذنب، وترى الباحثة أن النساء أكثر تأثرا بحادثة السجن، فقد أثبتت دراسة بتلر وألنت (Buttler & Allnutt, 2003)، ارتفاع انتشار الاضطرابات النفسية بين النزلاء بشكل عام والنزيلات بشكل خاص، كما كشف التقرير الذي نشرته وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice, 2006) عن أن (64%) من النزلاء يعانون أحد الاضطرابات النفسية، وأن نحو (73%) منهم من النساء، بالإضافة إلى وجود عوامل أخرى مرافقة للحدث، لها تأثيرها المباشر عليها، كفقدانها للعائلة، وتخلي الأسرة عن الكثير منهن، مما يشعرهن بالكثير من التهديد والخسارة، فقد كشفت دراسة بيرمان (Berman, 2012) عن أن (10%) من النزيلات قد تم تطليقهن بعد دخولهن السجن، لذا تناولت الباحثة هذا الاضطراب بالبحث.

أساليب المعاملة الوالدية

تشكل الأسرة الوكيل الاجتماعي الأول الذي يعتمد عليه الطفل ابتداء من أول أيام حياته، إذ هي المعول عليها في تلبية حاجات الطفل النفسية والبيولوجية، كما أن الخبرات التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة لها الأثر الهام في تكوين شخصيته، وتطوير كفاياته، وتحديد مدى قدرته على تحقيق التوافق النفسي والأسري والاجتماعي (الريماوي وآخرون، 2004).

إن أسلوب المعاملة الذي يتعامل به الوالدان مع الطفل له كبير الأثر في التأثير في شخصية، وتوافقه النفسي وتشكيل شخصيته مستقبلا، ولكل أسلوب من أساليب المعاملة الوالدية التأثير الإيجابي والسلبي على الأبناء في بعض جوانب شخصياتهم تبعا لمتغيرات عدة منها: الإنضباط، البيئة، الرضا الزواجي، العلاقات بين الوالدين، كما أن الضغوط التي يتعرض لها الوالدان، وتوقعات الوالدين نحو الأبناء، وغيرها من المتغيرات، تساهم في التأثير في أسلوب المعاملة الوالدية (البشر والقشعان،2007).

مفهوم أساليب المعاملة الوالدية

ويعرفها بوري (Buri, 1991): بمجموعة الأساليب الاجتماعية والنفسية، التي يمارسها الوالدان في تعاملهم مع أبنائهم في مختلف مواقف الحياة، والتي تظهر من خلال ثلاثة أنماط: (النمط المتسلط، المتسامح، والحازم).

يعرف شيفر (Shaffer) أنماط المعاملة الوالدية بأنها:" تلك الأساليب التي يستخدمها الوالدان مع أبنائهم لتحويلهم من كائنات بيولوجية إلى كائنات اجتماعية" (Shaffer , 1972, p55).

كما يعرفها المحارب (2005): بأنها ما يراه الوالدان ويقومان به من أساليب في تعاملهم مع الأبناء، من خلال المواقف المختلفة كما يدركها الأبناء، من خلال المقياس المستخدم لأنماط المعاملة الوالدية.أما علاء الدين كفافي فعرفها بأنها: كل سلوك يصدر عن الأب أو الأم أو كلاهما، ويؤثر في الطفل وفي نمو شخصيته، سواء أكان ذلك عن قصد أو لا (كفافي، 1999).

ويعرف الشريفين (2008) أساليب المعاملة الوالدية: بأنها مجموعة الأساليب التي يتبعها الوالدان مع أبنائهم عبر مراحل نموهم المختلفة المؤثرة في شخصياتهم، سلبا أو إيجابا، وذلك بالتفاعل المتبادل بين الأبناء والوالدين في المواقف المختلفة، كما يدركها الأبناء.

وبناء على ما سبق يمكن للباحثة تعريف أساليب المعاملة الوالدية بأنها: الأساليب التي يتبعها الوالدان في التعامل مع أبنائهم خلال المواقف المختلفة، سواء أكانت مقصودة أم غير مقصودة.

وتتنوع أساليب المعاملة الوالدية، تبعا لعوامل متعددة كالمستوى التعليمي للأب والأم، والبيئة المحيطة بالأسرة، والوضع الاقتصادي للأسرة، إلا أنها في مجملها تتلخص في الأساليب التالية:

1. **النمط الديمقراطي Democratie Style**

وهو أبرز أنماط المعاملة الوالدية وعامل مهم للتوافق الشخصي والاجتماعي، ويتسم هذا النمط بالتسامح والتقبل والتشجيع على الاستقلالية، ويتسم أفراد الأسرة فيه بالدفء والصداقة وحب الاتصال مع بعضهم بعضا، كما يتسم باحترام آراء أفراد الأسرة، واستخدام المناقشة والحوار فيما بينهم حول قضايا الأسرة (الشريفين، 2008)، كما يقوم هذا النمط على الحزم المقترن باللين فلكل فرد في الأسرة حقوق وواجبات عليه الالتزام بها، وله حدود واضحة وثابتة (شقير، 1990)، أما آثاره على الأبناء فتتلخص بالتالي: الشعور المتزايد بالمسؤولية لدى الأفراد، توفير البيئة النفسية المتسمة بالاستقرار العاطفي، والنجاح في العلاقات الإجتماعية، والميل إلى حب المنافسة، ومراعاة حقوق الآخرين، والقدرة على التفكير المنطقي وتحمل المسؤولية (الشريفين، 2008؛ Baumrind, 1991).

كما أن من آثاره: القدرة على التكيف مع المجتمع، من خلال ما تزوده به الأسرة من خبرات تفيده بالحياة، ونمو الاستقلالية، والشعور بالأمن والثقة بالنفس، والاندماج مع الآخرين (Cramer &Tiller, 2010)

2. **النمط التسلطي Authoritarian**

ويتصف هذا النمط بالرفض الدائم لرغبات الابن، وعدم السماح له بتحقيق رغباته، وإن كانت مشروعة، وعلى عكس النمط الديمقراطي، يتصف هذا النمط بنقص عاطفة الحب والدفء، وكثرة العقاب، والطاعة العمياء للوالدين، والقليل من التفاهم، كما أن الوالدين في هذا النمط غالبا ما يظهرون الغضب وعدم الرضا عن تصرفات أبناءهم (الشريفين، 2008).

أما آثار هذا النمط من المعاملة على الأبناء فهي: ظهور العديد من الاضطرابات السلوكية، انخفاض مفهوم الذات، الشعور بالعداوة، انخفاض القدرة على ضبط النفس، التطرف في المشاعر تجاه

الآخرين، وظهور سلوكيات سلبية كالعنف وسوء التكيف مع الآخرين (الشربيني وصادق، 1996)، كما يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس، وضعف الشخصية، وعدم القدرة على إبداء الرأي، وضعف العلاقات الاجتماعية (العامر، 2005)؛ حيث يسيطر الوالدان على الطفل وينوبان عنه في تصرفاته، ويحولان بينه وبين استقلاليته، ويتمثل ذلك في إهمال العلاقات الاجتماعية الطيبة بين الأسرة والعالم الخارجي، وإهمال حاجات الطفل ورغباته، وكثرة العقاب.(الطحان، 1990؛ Weissman, Bruce , Leaf, Florio & Holzer, 1991)

3. النمط المتذبذب Inconsistency Style

ويتسم هذا النمط بعدم الاتساق بين الوالدين من حيث استخدام الثواب والعقاب، فقد تعاقب الأم الإبن على فعل في الوقت الذي يتسامح الأب مع الإبن لذات الفعل، كما قد يعاقب أحدهما على سلوك معين للإبن ويعود ويثني عليه في وقت آخر (الشربيني وصادق، 1996).

أما آثاره فهي: سوء التكيف والصراع، العنف مع الآخرين، السلوك الإتكالي، العدوانية وعدم المسؤولية تجاه تصرفاته، عدم مراعاة مشاعر الآخرين (الجبوري،1991؛ Baumrind, 1991)، ويرى الشريفين أن هذا النمط له دور كبير في شعور الفرد بالتردد والحيرة إزاء ما هو مقبول وغير مقبول.

وقد قسم بوري (Buri,1991) أنماط المعاملة الوالدية عند بنائه لمقياسه الذي استخدمت الباحثة الصورة المختصرة منه في هذه الدراسة إلى ثلاثة أنماط هي:

1- نمط المعاملة الوالدية المتسلط Authoritarian

و يتصف هذا النمط بارتفاع الضبط، وقلة التقبل، وصرامة الأوامر، وكثرة استخدام العقاب.

2- نمط المعاملة الوالدية الحازم Authoritative

وهو نمط متوسط يتصف الوالدان فيه بالديموقراطية والتقبل، وتلبية حاجات الأبناء وتشجيعهم، واحترام القوانين الأسرية.

3- نمط المعاملة الوالدية المتساهل Permissive

ويتصف هذا النمط بالتقبل والدفء العالي؛ إذ يتقبل الوالد سلوك الأبناء مع ندرة استخدام أساليب العقاب، كما يتسم بالاهمال، وعدم تحمل المسؤولية، وعدم التدخل في شؤون الأبناء (الشريفين،2008).

وحيث أن الفرد نتاج لعمليات التنشئة الاجتماعية، إذ أن لأساليب المعاملة الوالدية داخل الأسرة الأثر البالغ في شخصية الفرد وسلوكه (المومني والصمادي، 1995)، فإن الصحة النفسية للفرد وقدرته على التكيف مع الأزمات النفسية يرتبط بأساليب المعاملة الوالدية وتنشئتها للفرد؛ فإن كانت هذه الأساليب قد دربت الفرد على التكيف مع ظروف الحياة والاستقلالية، والقدرة على مواجهة الأزمات، واتخاذ القرارات، كان حسن التكيف مع الأزمة، وشعر بالأمن، والثقة بالنفس (Cramer &Tiller, 2010)، وبالتالي ضعفت فرص إصابته بالاضطرابات، وإن كان غير ذلك، حيل بينه وبين الاستقلالية، وضعفت قدرته على مواجهة الأزمات واتخاذ القرارات، وظهرت لديه السلوكيات السلبية (الشربيني وصادق، 1996)، وبالتالي تضاعفت فرص إصابته بالاضطرابات، خاصة القلق والاكتئاب. وعلى هذا تناولت الباحثة أساليب المعاملة الوالدية بوصفها متغيرا مؤثرا في وجود الاضطرابات النفسية لدى النزيلات.

التدين

التدين ظاهرة عامة تشترك فيها كل الجماعات البشرية على مدى تاريخها الطويل، وعلى اختلاف ما بينها من بداوة وحضارة وتخلف وارتقاء (الذهبي، 1975)، والتدين دافع نفسي ذو أساس نظري إذ يشعر به الإنسان في أعماق نفسه؛ مما يدفعه الى البحث والتفكير لمعرفة خالقه وخالق الكون، وعبادته والتوسل إليه طالبا العون عند الشدائد والمصاعب؛ مما يشعره بالأمن والطمأنينة (نجاتي، 1982)، وفي التاريخ وجدت مدن ليس فيها مصانع أو مدارس لكن لم توجد مدن تخلو من المعابد (القدرة، 2007).

ولاشك أن التهذيب الديني له الأثر الأبقى في النفوس؛ فتزداد قربا من الله تعالى وقت الشدائد والأزمات، كما يرى عبد الباقي (1981) المشار إليه في (العتوم وعبد الله، 1997) أن الدين يزود الفرد بنسق متكامل من المبادئ والقيم والمعايير الاجتماعية تساعده على التكيف مع من حوله، وفي التزامه بها سعادة ورضا وحسن توافق مع الحياة والمجتمع، ولا يضطرب الفرد إلا عند ابتعاده عن هذه القيم والمعايير.

وفي هذا العصر سيطرت الاهتمامات المادية بشكل كبير، وتزايد السعي وراء المصالح الشخصية والمغريات الاجتماعية والاقتصادية، وقل الاهتمام بالجانب الروحي للفرد؛ مما انعكس سلبا على حياة الأفراد وجعلهم عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية (بركات، 2006)، وما حالة القلق والتوتر التي يعيشها العالم المعاصر، إلا جراء الفصل بين الدين والحياة، والذي أوجد الفجوة ما بين الفكر الديني والفكر التكنولوجي (الفيومي، 1985).

مفهوم التدين

في ابن منظور: " تدين به فهو دين ومتدين، ودينت الرجل تدينا إذا وكلته إلى دينه، والدين الإسلام، وقد دنت به. وفي حديث علي رضي الله عنه: محبة العلماء دين يدان به، والدين: العادة والشأن (ابن منظور،1990، م 13، ص، 169).

وفي قاموس هيرتج الأمريكي التدين (Religiosity) يعني: كون الفرد مرتبطا بدين (Morris,1981). والتدين: شكل كلي لأنماط سلوكية تشمل الأحاسيس، المواقف والعواطف، وكلها تأتي على هيئة مجتمعة، وتستجيب على أساس أنها كينونة بذاتها (vernon, 1962).

ويعرف الصنيع (2005) التدين بأنه: التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح (الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر وبالقدر خيره وشره)، وظهور ذلك على سلوكه من خلال ممارسة ما أمره الله به والانتهاء عن إتيان ما نهى الله عنه.

والتدين: اتباع الفرد لكل تعاليم النهج الإسلامي الحنيف، وذلك من خلال علاقته بربه ومعاملته مع الآخرين (موسى، 1991). ويعرفه وجدي بأنه: " الطاعة والانقياد واسم لجميع ما يعبد به الله " (وجدي، 1977، ص 106).

أما أحمد (1999) فيعرف التدين بأنه: تلك الأنشطة والسلوكيات المتصلة بقراءة القرآن الكريم، والمحافظة على ذكر الله والعبادات، كالصلاة والمداومة عليها، والإكثار من النوافل والاستغفار، والتوبة من الذنب، والسعي والرجاء في التماس العون والقوة والطمأنينة من الله.

وبناء على التعريفات السابق تعرف الباحثة التدين بأنه: التزام المسلم بجميع أركان الإيمان والإسلام، والتمسك بتطبيق أحكام الشريعة الإسلامية في سلوكه اليومي، وفي سائر أنواع التعاملات.

الاتجاهات النظرية والدراسات الميدانية المفسرة للعلاقة بين الصحة النفسية والتدين

انقسمت الاتجاهات النظرية والدراسات الميدانية في تفسيرها للعلاقة بين الصحة النفسية والتدين إلى اتجاهين:

أ- ارتفاع مستوى التدين يؤدي إلى ارتفاع مستوى الصحة النفسية والعكس صحيح.

حيث يقول يونج " إنه لمن الواضح في أي علم نفس يمس البناء النفسي للشخصية الإنسانية، بأنه لا يمكن إغفال حقيقة أن الدين ظاهرة نفسية اجتماعية تاريخية، ولكنه كذلك يعتبر شيئا مهما للذات الشخصية لعدد كبير جدا من الناس"(Jung , 1969 ,p5). وحينما يكون المريض واقفا على أرض صلبة من الاعتقاد الديني، فلا يمكن أن يكون هنالك اعتراض بشأن الاستفادة من تأثير العلاج المعتمد على المصادر الروحية والمعتقدات الدينية للفرد (فكتور،1982)؛ فالعقيدة إذا رسخت واستقرت من شأنها منح صاحبها الطمأنينة والاستقرار والثبات والاستقامة في اليسر والعسر، والخير والشر، فلا يأس ولا قنوط ولا تكبر؛ لأنه يقف على قاعدة صلبة راسخة لا تتغير ولا تهتز بتغير الظروف (الوادعي، 2004).

والتدين يكفل للمرء الراحة النفسية ويمنحه الهدوء والطمأنينة والعيش بأمان مع نفسه، ومع الآخرين، ومعظم المشكلات النفسية والاجتماعية، ترجع إلى ضعف الوازع الديني في نفوس الأفراد، كما أن التدين يساعد الأفراد في التغلب على مشكلاتهم الحياتية وأزماتهم (الصالح ،1992).

كذلك فإن الاتجاه نحو التدين يوفر للإنسان السعادة والأمان الحقيقيين وكل مظاهر الصحة النفسية السليمة، وأي ابتعاد عن هذا المنهج يعني شقاء البشرية (موسى،1991). يقول محمد قطب: " إن الكون كله مفطور على عبادة الله، والتفسير العلمي لأحد مظاهر هذه العبادة، أن الكون يطيع

القوانين التي سنها الله سبحانه وتعالى لوجوده وحركته ومبدئه ومنتهاه، ولا يخرج على قانون واحد منها، ولا يتجه إلى الخروج عليها "(قطب، 1986، ص82). وقد توصلت العديد من الدراسات الى هذه النتيجة الإيجابية كدراسة مارتن وكارلسون (Martin and Carlson , 1988 pp 62-87)، ودراسة بيرجن (Bergin)،ص ص (170–184).ودراسة جارتنر،لارسون وألين (jartner. Larson and Allen ,1991,p16)(Shumaker ,1992).

ب–الاتجاه الثاني والذي يرى أن العلاقة سلبية ما بين ارتفاع مستوى التدين والصحة النفسية إذ بارتفاع مستوى التدين ينخفض مستوى الصحة النفسية.

فالدين يعمل على خفض قيمة الحياة، وتشويه صورة العالم الواقعي بشكل كبير، وهو منهج يتخذ من زجر العقل وتخويفه مسلمة له، وبهذا يتم إلباس الدين لأتباعه بالقوة ثوب طفولة نفسية ويزجهم في هذيان جماعي(فرويد، 1982، ص 34–35). وينظر فروم إلى التدين على أنه عصاب جماعي (Collective neurosis) تسببه ظروف مماثلة لتلك الظروف المسببة لعصاب الطفولة (فروم ،1977).

وفي نظر يونغ فإن التدين شيء تسيطر عليه قوة خارجية، كما أن اللاشعور قوة تسيطر علينا بأشكال متعددة، منها الأحلام والتخيل والأوهام وهي جميعها مظاهر للتدين (النقيب، 1998).

وقد أورد شومخير (Shumaker,1992) دراسات ستاك (Stack) وبرسمان (press man) وليونس (lynnos) ولارسون (Larson) وفرانسيس (Francis) والتي أيدت الارتباط السلبي بين التدين والاكتئاب، والإقدام على الانتحار والقلق والخوف من الموت.

نظريات تفسير التدين

أ. نظرية الخوف: وحسب هذه النظرية، فإن التدين ظاهرة اجتماعية نفسية، وإن خشية المجهول هي التي جعلت الإنسان يلجأ إلى الدين، وهي نظرية قديمة جاءت في العصور اليونانية والرومانية، فنتيجة ظروف الناس القاسية من مرض وجوع وحروب وجهل، سعوا إلى كسب عطف القوى الغيبية؛ لتأمين سلامتهم وتجنب سخط هذه القوى (النوري ،1981).

ب. النظرية الحيوية: وحسب هذه النظرية فإن الانسان البدائي يضفي على الظواهر الطبيعية الحياة، وينسب لها شخصيات، حتى تصلح لأن تكون قوى روحانية غيبية تنشأ معها علاقات تشبه العلاقات القائمة بين الكائنات الإنسانية. ومن رواد هذه النظرية تايلور(Taylor) وأجت كونت (Conte) وهربرت سبنسر(Spencer) (بيرت، 1995).

ج. النظرية الأنثروبولوجية: وتقوم على فكرة القوى الروحية أو الخارقة للطبيعة كأساس لكل الأديان، بل وأن هذه القوى وجدت مع بعضها بعضا، ولم تنشأ إحداها من الأخرى؛ فمن خلال ملاحظة الانثربولوجيين للقبائل والمجتمعات البدائية، توصلوا إلى أن هذه المجتمعات تدرك العالم من وجهين: (مقدس، وغير مقدس) فهم يتعاملون مع بعض الأشياء، على أساس التقديس في حين لا تتخذ أشياء أخرى لديهم هذه الصفة. وقد ركز الإنثروبولوجيون في دراساتهم للنظم الدينية في هذه المجتمعات على ركيزتين أساسيتين

هما: العقائد والطقوس، والشعائر(النوري، 1981).

د. النظرية الثقافية: ورواد هذه النظرية هما (أرنولد وأليوت)، وحسب هذه النظرية فإن الدين عنصر ضروري من عناصر الثقافة، فهو يشكل مفهوما تكونيا وانفعاليا من مكونات الثقافة، كما ترى

النظرية أن الدين والثقافة مظهران لشيء واحد، وبهذا فإن الثقافة لا يمكن حفظها وتنميتها بغير الدين والعكس صحيح (الفيومي،1985؛ النوري،1981).

ع. نظرية التحليل النفسي: وحسب هذه النظرية فإن الدين يرجع إلى الاضطراب أو المرض النفسي في نفس الإنسان، وهذا الاضطراب يعود إلى تباين وظائف الشخصية الثلاثة الهو **(Id)**، والأنا **(Ego)**، والأنا الأعلى **(Super– Ego)**، ويبدأ هذا الصراع في السنة الخامسة عشرة من العمر (المرحلة الأوديبية)، ويتم حل هذا الصراع باستخدام آلية الكبت، الذي يؤدي بهذه الخبرات إلى حيز اللاشعور، وتظهر هذه الخبرات المكبوتة في حياة الفرد عن طريق غريزتي الجنس والعدوان (بيرت، 1995، فرويد، 1982).

ه. النظرية الاجتماعية: وحسب هذه النظرية فإن الدين جاء لترسيخ مفهوم التضامن الاجتماعي في المجتمعات البدائية، يدل على ذلك كثافة الطقوس الروحية في هذه المجتمعات؛ فالغيب قوة موحدة وفاعلة في زيادة التآزر الاجتماعي، ومن أهم الطقوس التي تشير إلى أهمية التضامن الاجتماعي في هذه المجتمعات، الزواج والموت وما يتبعهما من طقوس (النوري، 1981).

و. نظرة الإسلام للتدين: أما الدين الإسلامي فتقوم فكرة الإيمان والتدين فيه على الربط ما بين الاعتقاد والعمل والتفكر في مظاهر الكون والحياة، فالإنسان مخلوق لديه استعداد للخير والشر، والإسلام منحه حرية الاختيار لفعل الخير والحصول على الثواب أو فعل الشر ونيل العقاب (العيسوي، 1989)، وفي الإسلام يعم الدين أرجاء الحياة، وينظم سلوك الفرد، ويكون ضابطا لما يصدر عن الفرد من سلوكات (عمار، 2003).

العوامل المؤثرة في مستوى التدين

أ- **العوامل الذاتية:** وهي مجموعة العوامل اللصيقة بكل فرد بذاته، وهذه العوامل هي:

1- **الفطرة:** فالتدين موجود بالفطرة في النفس الإنسانية، قال الله تعالى: " فطرة الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله" (الروم، آية 30)، والفطرة استعداد كامن في الإنسان يظهر في مختلف المواقف والظروف، وقد تعهد الله تعالى بفطرة الإنسان على التدين إذا ما سلم من المؤثرات الخارجية، والدليل على ذلك أن الإنسان لا يستطيع حجب هذه الفطرة وقت المصائب والأزمات (الزحيلي، 2008؛ العقيب، 2003).

2 -**العامل النفسي:** وتختلف صفات النفس بين إنسان وآخر، إذ تلعب صفات الإنسان دورا كبيرا في تدينه وتميزه، والنفس كما ذكرها القرآن الكريم ثلاثة أشكال: (النفس المطمئنة، النفس اللوامة، والأمارة بالسوء)، والله يدعو إلى مخافته وينهى النفس عن الهوى، والقلب تارة يميل الى هذا وتارة إلى ذاك، وهذا هو جوهر الابتلاء (ابن قيم الجوزية، 1999).

3- **الأخلاق** فالأخلاق تلعب دورا كبيرا في تدين الفرد؛ إذ كلما ارتفع مستوى الأخلاق ارتفع مستوى التدين (العقيب، 2003).

ب- العوامل الاجتماعية: وتتمثل في العوامل المساهمة في نشأة الفرد وتبلور شخصيته وهي:

1- **الأسرة:** إذ للوالدين دور كبير في التأثير في شخصية المولود سلبا وإيجابا، كما أن لبقية أفراد الأسرة دور أيضا كالإخوة والأخوات، والأسرة لها دورها وفعاليتها في سلوك أفرادها، وبشكل أساسي وهام في توجيههم نحو التدين.

2- **الرفاق:** ولجماعة الرفاق التأثير في سلوك الفرد بشكل كبير؛ لما لها من قدرة على توجيه وخط سلوك أفرادها (الأشول، 1979).

3- **المساجد والمؤسسات التعليمية:** فالمساجد ودور العبادة والجمعيات الخيرية ومدارس التعليم العالي والمهن، لها دور كبير في زيادة التدين لدى الإنسان، خاصة لمن حافظ على ارتيادها (طعيمة، 1994).

4- **وسائل الاتصال:** وهي مجموعة من الوسائل التي يتعامل معها الفرد؛ للتعرف على ما حوله ويدخل فيها: الوسائل المقروءة والمسموعة، والمقروءة المسموعة، فإن صلحت هذه الوسائل ودلت على الخير، كانت لبنة صالحة في بناء الفرد، وإلا عملت على المساهمة في الإفساد والإضلال، والتسبب بالضعف النفسي والقلق لدى أفراد المجتمع المسلم (الصنيع، 2005).

ولا ننسى الدور الذي يلعبه الإنترنت حاليا في التأثير على الأفراد وبشكل كبير، فهو وسيلة متاحة وسهلة وجاذبة، وقد يصل المرء في التعامل معها إلى حد الإدمان، فهى سلاح ذو حدين إن أحسن المرء استخدامه حسّن حياته وسهلها، وإن أساء استخدامها كان لها دور كبير في جره نحو طرق الإنحراف والضلال.

ولأن التدين ظاهرة عامة تشترك فيها كثير من الجماعات البشرية (الذهبي، 1975)، فهو يزود الفرد بنسق متكامل من المبادئ والقيم والمعايير الاجتماعية التي تساعده على التكيف مع من حوله، وبالابتعاد عنها يقترب من الاضطراب، ولأن للتهذيب الديني الأثر القوي في النفوس، إذ يزداد الفرد قربا من الله عز وجل عند التعرض للأزمات والشدائد؛ مما ينأى بالفرد عن الاضطرابات، كان لابد للباحثة من تناول هذا المتغير بالبحث والدراسة .

مراكز الإصلاح والتأهيل

يتفق العلماء على أن فترة السجن (imprisonment) لها دور كبير من الناحية السلبية على إعادة التنشئة الاجتماعية للنزيل، وبمعنىً آخر توجد نتائج سلبية متوقعة لعقوبة السجن، كما أن نتائج التأثر بالثقافة الفرعية يعتمد على نمط المؤسسة ونوعها؛ لذا فإن التوجه إلى كون السجون مراكز إصلاحية وتأهيلية يسهل من إعادة التنشئة الاجتماعية للنزيل (Thomas and Foster,1973).

مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن

يعرف المشرع الأردني مراكز الإصلاح والتأهيل بأنها: الأماكن المعنية بإيداع الأشخاص (ذكورا وإناثا)، ممن صدر بحقهم قرار قضائي أو إداري يقضي بإيداعهم لدى إحدى هذه المراكز.

أما النزيل فهو الشخص ذكرا كان أم أنثى، الذي يودع في المركز تنفيذا لقرار صادر عن جهة قضائية أو أي جهة مختصة (الوريكات، 2006)، وقد استحدثت إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن عام (1986)، وأصبحت تمارس إشرافا مباشرا فنيا وإداريا على مراكز الإصلاح والتأهيل التابعة لها؛ حيث لم يكن في السابق إدارة تشرف على مراكز الإصلاح والتأهيل؛ بل كان هنالك مكتب يعني بالسجون ويهتم بالنواحي الفنية فقط، وكانت السجون تتبع إداريا لمديريات الشرطة الموجودة ضمن اهتمامها (الوريكات، 2004).

وفي الأردن ثلاثة عشر مركزا للإصلاح والتأهيل هي: (سواقة، إربد، الجويدة، الموقر1، الموقر2، الزرقاء، أم اللولو، البلقاء، معان، العقبة، ارميمين، الكرك، والنساء)، بالإضافة إلى مركزين قيد الإنشاء همـــا (ماركا والطفيلة)، وتحتوي في مجموعها على أكثر من(50,000) نزيل بينهم أكثر

من (16,000) محكوما و(24,500) موقوفا قضائيا و(9,500) موقوفا إداريًا، (استرجع بتاريخ 2013/5/15 من الموقع www.crc.psd.gov.jo).

وتهدف مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن إلى خلق بيئة آمنة مستقرة وإنسانية في مجتمع مراكز الإصلاح والتأهيل، والعمل على رعاية النزلاء، من خلال برامج إصلاحية وتأهيلية وتعليمية ومهنية وثقافية تمكنهم من العيش الكريم، وتساعدهم على الاندماج في المجتمع بعد الإفراج عنهم ليعودوا إليه كأعضاء صالحين ومنتجين، وتتبع مديرية مراكز الإصلاح والتأهيل إلى مديرية الأمن العام التابعة لوزارة العدل الأردنية (استرجع بتاريخ 2013/5/15 من الموقع www.crc.psd.gov.jo).

مركز إصلاح وتأهيل النساء

يقع مركز إصلاح وتأهيل النساء في منطقة الجويدة، جنوب عمان وقد أقيم عام (2002) كمركز إصلاح وتأهيل خاص بالنساء، ويضم المركز عدة أقسام هي: قسم الإدارة والقوى البشرية، القسم المالي، قسم القضائية، قسم المراقبة والتفتيش، حضانة لأطفال النزيلات، ويشتمل المركز على (359) نزيلة منها (299) نزيلة أردنية (60) من غير الأردنيات.

وفي المركز(40) نزيلة متهمات بالقتل،(8) منهن محكومات بالإعدام، و(25) نزيلة بتهمة المخدرات، و(55) بقضايا عرض، و(4) قضايا شيكات واحتيال، و(10) موقوفات إداريا (60) متهمات بالسرقة، و(165) بقضايا متنوعة أخرى. والأساس في سياسة المركز التسكين والاحتفاظ بالنزيلة، والمحافظة عليها، وينبثق عن ذلك الإطعام والرعاية للنزيلة بشتى أنواعها صحيا ونفسيا، كما

يهدف المركز إلى العناية بالنزيلة وتأهيلها على أساس أنها إنسانة ضلت الطريق، ويقوم المركز بتحقيق ذلك من خلال خطوتين:

الخطوة الأولى: الإصلاح من خلال الإرشاد النفسي والديني، والرعاية بالتعاون مع وزارة التنمية الاجتماعية؛ حيث يوجد في المركز مرشدات دينيات ونفسيات للقيام بهذه المهمة.

الخطوة الثانية: التأهيل من خلال عقد الدورات الأكاديمية والمهنية، والتي تحصل من خلالها النزيلة على شهادة معتمدة من قبل المختصين تثبت اجتيازها لدورة الخياطة، أو الحياكة، أو التهديب، ولا يذكر فيها أنها حصلت عليها عن طريق مركز الإصلاح والتأهيل؛ لتتمكن من كسب عيشها بعد خروجها من المركز، كما يوجد في المركز حضانة لرعاية أطفال النزيلات، تشرف عليها وزارة التنمية الاجتماعية إذ يحق للنزيلة الاحتفاظ بطفلها دون سن (3) سنوات للعناية به ورعايته، ولا يوجد في الحضانة إلا طفلين في الوقت الحالي(استرجع في 25 أيار، 2013 من swtmowatn.com/news.php?sid=18&nid=20229).

وقد يكون السجن هو الملاذ الآمن للبعض من الناس ممن فقدوا القدرة على العيش خارجه، لعدم وجود الملاذ الآمن، ولفقدانهم الدعم، ففي المركز ثلاث فتيات يقمن فيه رغم انتهاء محكوميتهن، إحداهن آثرت العمل طاهية في المركز على الخروج، والثانية لم تخرج خشية قتلها من قبل أهلها، والأخيرة خرجت ولم تندمج مع المجتمع فعادت للمركز، وهي فنانة تشكيلية رسمت جداريات زينت جدران المركز.(استرجع في 25 أيار، 2013 من

swtmowatn.com/news.php?sid=18&nid=20229).

وبالرجوع الى الدراسات السابقة نجد أن اضطرابات القلق والاكتئاب وانضغاط ما بعد الصدمة من الاضطرابات النفسية الشائعة بين نزلاء السجون، كدراسة برندد وآخرون (Brinded et al, 2001)

ودراسة شون وآخرون (Shaun et al, 2001) ودراسة تاي وميلون (Tye & Mullen, 2006)، إضافة إلى ارتباط مستوى التدين بمستوى الاضطرابات النفسية، حيث اثبتت دراسات كل من كلير وسومتر& Sumter (Clear, 2002 , العلاقة العكسية بين ارتفاع مستوى التدين ومستوى الاضطرابات النفسية، كما ترتبط الاضطرابات النفسية ارتباطا ايجابيا ومؤثرا بأساليب المعاملة الوالدية، بالإضافة إلى الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي في صقل شخصية الفرد، وتعليمه أساليب واستراتيجيات للتعامل مع الأزمات النفسية؛ حيث اثبتت دراسة دوغلاس هذا الأمر(Douglas,2000)، كما أن الوضع الاقتصادي يعد مساهما ذا شأن في توسيع دائرة البدائل للفرد، وتحسين قدرته على مواجهة الأزمات، فضلا عن مساعدته في تحمل الأزمة، وما يترتب عليها؛ فقد أكد التقرير الخاص الذي نشرته وزارة العدل الامريكية (U.S. Department of Justice,2006) أن معظم نزلاء السجون ممن يعانون الاضطرابات النفسية، هم من ذوي الدخل المنخفض، كما أكدت دراسة كيرتن وآخرون(Curtin et al, 2009) ودراسة ريشرت وزملاؤه (Reichert et al,2010) ذلك؛ لذا توقعت الباحثة انخفاض مستوى الاضطرابات بارتفاع الوضع الاقتصادي.

كما أن تقدم الفرد في العمر يتوقع معه اتساع خبرات الفرد، وازدياد قدرته على مواجهة الضغوط والأزمات؛ فقد تبين من التقرير الذي نشرته وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice,2006) ، أن نحو (60%) من نزلاء السجون في الولايات المتحدة الامريكية من ذوي الفئة العمرية (24) سنة فأقل، وأن (24%) منهم مضطربين؛ وعليه توقعت الباحثة أن تقل فرصة الإصابة بالاضطرابات النفسية بتقدم العمر.

ناهيك عما يساهم به الزواج من استقرار نفسي، ودعم اجتماعي، له دوره الأكبر في قدرة النزيلة على تحمل الأزمة النفسية الناتجة عن عقوبة السجن، حيث كشفت دراسة بيرمان (Berman,

(2012 عن ذلك. وبناءا على ما سبق ارتأت الباحثة الكشف عن الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن في ضوء متغيرات، أساليب المعاملة الوالدية، مستوى التدين، المستوى التعليمي، العمر، مستوى الدخل، والحالة الاجتماعية.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

انبثقت مشكلة الدراسة من التزايد الملحوظ في أعداد النساء من نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، مترافقة مع ازدياد نسبة النزيلات والجريمة عالميا، حيث باتت هذه الزيادة تشكل عبئا اقتصاديا ونفسيا على المملكة الأردنية الهاشمية، وقد وجدت الكثير من الدراسات التي تناولت ظاهرة وجود الاضطرابات بين نزلاء السجون عالميا ذكورا وإناثا، إلا أن الدراسات العربية عموما والأردنية خصوصا لم تول سجن النساء الاهتمام اللازم، إذ لم توجد أي دراسة –على حد علم الباحثة – تناولت الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، لذا جاءت هذه الدراسة بغرض الكشف عن وجود بعض الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، وعن أساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين لديهن، وعلاقة المتغيرات الديموغرافية بكل من الاضطرابات النفسية وأساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين، محاولة لتحديد هذه الاضطرابات وارتباطها بأساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين، وبالتالي تمكين المختصين والمهتمين من تصميم البرامج الإرشادية اللازمة للحد من انتشار هذه الاضطرابات، لتعود النزيلة إلى المجتمع، وتؤدي دورها الذي وجدت لأجله؛ ألا هو عمارة هذه الأرض وتربية النشء الصالح وفق أوامر الله تعالى، وتلبية لمعايير المجتمع الصالح.

وقد سعت الدراسة للإجابة عن الأسئلة التالية:

1- ما مستوى الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن؟

2- ما أبرز أساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن؟

3-ما مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الاضطرابات النفسية ممثلة ب(القلق، الاكتئاب، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة) لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

هدف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن بعض الاضطرابات النفسية الشائعة لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، وعن أساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر النزيلات، ومستوى التدين لدى النزيلات.

وهي دراسة وصفية سعت إلى تمهيد الطريق لمزيد من البحوث الميدانية اللاحقة، لتنتقل هذه الدراسة من الميدان المسحي إلى الميدان الواقعي، من خلال تطوير برامج علاجية لمساعدة النزيلات في مركز إصلاح وتأهيل النساء – وهو المركز الوحيد الخاص بالإناث في الأردن – بغية عودتهن الى المجتمع كمساهمات حقيقيات في رقيه وتقدمه. كما هدفت إلى إظهار دور أساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين في الوقاية من المشكلات النفسية، وأخيرا سعت الدراسة إلى تقديم مجموعة من التوصيات للمهتمين بدراسة الاضطرابات النفسية لدى النزلاء.

أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية التحولات الحضارية والثقافية التي يشهدها الأردن، إذ تنامت في الآونة الأخيرة أعداد النزيلات في مركز إصلاح وتأهيل النساء، وقد تبين من الاطلاع على الدراسات السابقة انتشار الاضطرابات النفسية لدى نزلاء السجون بشكل عام، والنزيلات بشكل خاص، وتكمن أهمية هذه الدراسة في الأهمية النظرية والتطبيقية لها؛ فمن حيث الأهمية النظرية سعت الدراسة إلى تحقيق التالي:

- الكشف عن مستوى بعض الاضطرابات النفسية لدى النزيلات وأساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين لديهن.

- الكشف عن علاقة هذه الاضطرابات بمتغيرات: (العمر، مستوى التعليم، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية).
- كما وتستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية مجتمع الدراسة وموضوعها، وهو الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، والذي لم يتعرض له الباحثون في الأردن بالبحث – على حد علم الباحثة – .

أما عن الأهمية التطبيقية للدراسة فتكمن بالتالي:

- إتاحة الفرصة لبرامج مستقبلية وقائية تصمم للوقاية من الاضطرابات النفسية لدى نزلاء السجون.
- تمهيد الطريق لبرامج مستقبلية علاجية تهتم بمعالجة الاضطرابات النفسية لدى نزيلات السجون.
- تزويد المكتبة العربية بدراسة يمكن لها أن تسهم في إثرائها وزيادة تقدم البحوث فيها.
- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة لزيادة الوعي لدى المختصين بأهمية تصميم برامج تكفل الرعاية والاهتمام بهذه الشريحة من المجتمع.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

الاضطرابات النفسية: ويقصد بها مجموعة من الأعراض النفسية والسلوكية الدالة إكلينيكيا والتي تؤدي إلى قصور في الوظائف الشخصية والمهنية للفرد، وقد تم الاستدلال على مستوى الاضطرابات النفسية لدى النزيلات من خلال إجابة النزيلة على فقرات مقاييس (القلق العام، الاكتئاب، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة) المستخدمة من قبل الباحثة.

القلق: وهو شعور بعدم الارتياح والتوتر مصحوب بمظاهر نفسية وجسمية ومعرفية، عند تعرض الفرد لمواقف معينة، كما قد يكون لأسباب غير معروفة، ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة من خلال إجابتها على مقياس القلق العام المستخدم في هذه الدراسة.

الاكتئاب: هو حالة من الغم والكآبة وفقدان الرغبة في الحياة واهتماماتها، يظهر من خلال عدة أعراض نفسية وفسيولوجية، ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة، من خلال إجابتها على مقياس الاكتئاب المستخدم في هذه الدراسة.

اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة: هو أزمة ناتجة عن التعرض لموقف صادم أو ضاغط، وتتميز بظهور أعراض نفسية وجسدية، تتمثل في إعادة معايشة الخبرة الصادمة، وتجنب ما يذكر فيها، وزيادة التوتر واليقظة، ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة من خلال اجابتها على مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة المستخدم في هذه الدراسة.

أساليب المعاملة الوالدية: وهي الأساليب التي يتبعها الوالدان في التعامل مع أبناءهم خلال المواقف المختلفة سواء أكانت مقصودة أم غير مقصودة، وهو أسلوب معاملة الوالدين للنزيلة المستخدم في تربيتها وتوجيهها، كما تدركه النزيلة، ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على مقياس أساليب المعاملة الوالدية المستخدم في هذه الدراسة.

مستوى التدين: هو التزام المسلم بجميع أركان الإيمان والإسلام، والتمسك بتطبيق أحكام الشريعة الإسلامية في سلوكه اليومي، وفي سائر أنواع التعاملات، ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة من خلال إجابتها على مقياس مستوى التدين المعد والمستخدم في هذه الدراسة من قبل الباحثة، والذي يتكون من مجالين: العقيدة والعبادات.

النزيلات: وتقصد الباحثة بمصطلح **النزيلات** الإناث المودعات في مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، تنفيذا لقرار صادر عن جهة قضائية أو إدارية.

مركز إصلاح وتأهيل النساء: وهو المكان المخصص لإيداع النساء في الأردن في الجويدة، عمان، تنفيذا لقرار قضائي أو إداري.

حدود الدراسة

1- **الحدود الموضوعية:** تتحدد الدراسة في أنها تكشف عن وجود ثلاثة اضطرابات نفسية فقط، هي القلق العام والاكتئاب واضطراب انضغاط ما بعد الصدمة لدى النزيلات، كما تكشف عن أساليب المعاملة الوالدية لدى أسر النزيلات كما تدركها النزيلات، وعن مستوى التدين لدى النزيلات، ولم تتبع أي وسائل لجمع المعلومات باستثناء التقرير الذاتي.

2- **الحدود البشرية:** اقتصرت الدراسة على نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، المودعات في المركز فترة تطبيق الدراسة وهي شهر أيار من عام (2013).

3- **الحدود المكانية:** اقتصرت الدراسة على النزيلات المودعات في مركز إصلاح وتأهيل النساء، ولم تشتمل على النساء الموقوفات في المراكز الأمنية كما لم تشمل النزلاء من الذكور.

4- **الحدود الزمانية:** شهر أيار من عام (2013).

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل عرضا للدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وقد تم إعداد هذا الفصل بعد إجراء عملية مسح شامل للدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة، وقد تبين أن الدراسات ذات العلاقة المباشرة بموضوع الدراسة غير متوفرة عربيا – على حد علم الباحثة – حيث لم توجد أي دراسة تناولت الاضطرابات النفسية لدى النزيلات، ونظرا لندرة الدراسات العربية التي تناولت موضوع الاضطرابات، فقد استعانت الباحثة بالدراسات الأجنبية التي تناولت الموضوع، وقد تم عرض الدراسات استنادا إلى أربعة محاور رئيسية ومرتبة من الأقدم للأحدث.

أولا : الدراسات المتعلقة بالاضطرابات النفسية

في دراسة بعنوان انتشار الاضطرابات النفسية بين النزيلات المحكومات، أجريت من قبل جوردان وشلنجر وفيربانك وكادل (Jordan , Schlenge , Fairbank & Caddell ,1996)، وهدفت إلى تحديد الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا بين نزيلات السجون في الولايات المتحدة، وتحديد أكثرها خطرا، وتكونت العينة من (805) من النساء النزيلات في ولاية كارولينا الشمالية في الولايات المتحدة الأمريكية، واستخدمت المقابلات التشخيصية كأداة لجمع المعلومات، تبين من النتائج ارتفاع نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين النزيلات مقارنة بالنساء في المجتمع العادي، كما تبين ارتفاع معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى النزيلات، إضافة إلى اضطرابات الشخصية وتعاطي المخدرات.

وهناك دراسة عن المرض النفسي في السجون النيوزلندية أجريت من قبل برندد، سمبسون، لدلاو، فيرلي، ومالكولم (Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley, & Malcolm,2001)، تكونت عينة الدراسة من(1100) من نزلاء السجون النيوزلندية، وباستخدام استبانه لقياس الاضطرابات النفسية وقائمة للمعلومات الديموغرافية، أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (60%) من النزلاء لديهم اضطرابات نفسية، خاصة اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة، واضطراب الاكتئاب الجسيم، إضافة إلى الاضطرابات ثنائية القطب، وأن (37%) من النساء يعانين اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة، و(11.1%) من النزيلات لديهن اضطراب الاكتئاب الجسيم. أما النزلاء الذكور فتبين أن (16%) منهم يعانون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في حين أن (10%) منهم يعانون الاكتئاب، أما بقية النزلاء فتتنوع الاضطراب النفسية لديهم ما بين الفصام، الاضطرابات ثنائية القطب، وتعاطي المخدرات.

وفي دراسة بعنوان انتشار الاضطرابات النفسية لدى السجينات الموقوفات في بريطانيا، أجراها شون، لويس ودون (Shaun, Louise & Don , 2001)، تكونت العينة **من** (81) امرأة موقوفة، وباستخدام مقياس لقياس الاضطرابات لدى الموقوفات يستخدم في قسم استقبال السجن، تبين أن (59%) من النساء الموقوفات لديهن اضطراب نفسي واحد على الأقل، وأن (11%) منهن ذهانيات.

ويوجد دراسة بعنوان اضطرابات الشخصية والعنف لدى نزيلات السجون، أجراها وارن ،برنت،ساوث،بال،وفرند (Warren, Burnette, South, Chauhan, Bale, & Friend, 2002) في الولايات المتحدة الأمريكية، على عينة مكونة من (261) من النساء النزيلات، وهدفت إلى دراسة مدى انتشار اضطرابات الشخصية لدى النزيلات، ودراسة علاقة اضطرابات الشخصية بالعنف المجتمعي، وباستخدام المقابلة التشخيصية وسجلات السجون عن وضع النزيلة وسبب دخولها السجن، وجدت نسبة عالية من اضطرابات الشخصية لدى النزيلات، كما وجدت الدراسة ارتباطا وثيقا بين اضطراب الشخصية

النرجسية والعنف المجتمعي، وقد سجل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أعلى نسبة حيث بلغت نسبته (43%) من المضطربات، يليها الشخصية البارانويدية بنسبة (27%)، ثم الهستيرية بنسبة (4%)، ثم اضطراب الشخصية الفصامية بنسبة (5%).

وفي دراسة بعنوان المرض النفسي في مركز إصلاح نيو ساوث ويلز، وهدفت إلى الكشف عن وجود المرض النفسي في مركز الإصلاح في نيو ساوث ويلز في أستراليا، وأجريت من قبل بتلر وألنت (Butler & Allnutt, 2003)، وباستخدام المقابلة التشخيصية طبقا لمعايير ال-DSM-IV (TR) لجميع النزلاء منذ الشهر الأول من عام (2003) وحتى نوفمبر من نفس العام والبالغ عددهم (513) من النزلاء والنزيلات، تم التوصل إلى النتائج التالية: بلغت نسبة انتشار الأمراض النفسية (74%) بين نزلاء إصلاحية نيو ساوث ويلز مقارنة ب (22%) لدى أفراد المجتمع من غير النزلاء، كما أثبتت الدراسة انتشار الاضطرابات النفسية بشكل أكبر لدى النزيلات منها لدى الذكور، وشكل الاكتئاب ما نسبته (21%) من الحالات، أما اضطراب القلق المعمم فشكل (24%)، واضطراب انضغاط ما بعد الصدمة (15%) لمجتمع النزلاء بشكل عام، أما فيما يتعلق بالنزيلات فقد شكل اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة أكثر اضطرابات القلق شيوعا إذ شكل (36%) من اضطرابات القلق، يليه اضطراب القلق المعمم بنسبة (15%)، وكان المتوسط العمري للنساء المضطربات (25) سنة، كما أن غالبية النزلاء من ذوي التحصيل العلمي المتدني، والطبقات الفقيرة، أو التي تعاني البطالة.

وفي مقارنة بين أعراض السكيوباتية لدى نزلاء (السجن والإصلاحية) والعاديين، أجرى جرجيس (2003) دراسة هدفت إلى التعرف على مستويات أعراض السكيوباتية لدى مجموعتين الأولى (69) فرداً من المحكومين والمحكومات من نزلاء السجن والإصلاحية في أربيل، والثانية (69)

فردا من الأفراد العاديين، وقد أظهرت النتائج وجود أعراض الشخصية السكيوباتية لدى نزلاء السجن والإصلاحية بدرجة عالية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$).

وفي دراسة أخرى قام كريستوفر وكريكيت (Christopher & Cricket, 2005) بتحليل الاضطرابات النفسية التي تعاني منها السيدات المحكومات بجرائم مختلفة في ولاية فلوريدا الأمريكية، وتكونت عينة الدراسة من (279) محكومة من أصل (940) محكومة في سجن ولاية فلوريدا المركزي، وقد بينت الدراسة أن هناك أنماطا معينة تجمع بين هذه الفئة من السيدات وهي قلق السمة والانطواء والعدوانية.

وقد أجريت دراسة عن الجنس ونوع الجريمة وعلاقتهما بانتشار الأمراض النفسية في السجون الألمانية أجراها ثلاثة من الباحثين هم واتكزك، أولرك، ومارنرس (Watzke , Ullrich& Marneros,2006) وهدفت إلى الكشف عن انتشار الأمراض النفسية متمثلة ب (اضطرابات الشخصية) في السجون الألمانية، وعلاقتها بالجنس ونوع الجريمة، وذلك من خلال دراسة التاريخ المرضي والجرمي للمفحوص، تكونت عينة الدراسة من(415) نزيلاً محكوماً ومحكومة، وتبين من النتائج أن حوالي ثلث النزلاء كانوا يعانون من الأمراض النفسية، وأن غالبية هذه الأمراض لدى النساء هي الاكتئاب والقلق واضطراب الشخصية الحدية، أما الرجال فتركزت الاضطرابات لديهم حول اضطراب سوء تعاطي المخدرات والكحول، ومن حيث نوع الجريمة فقد كانت الجرائم الأشد عنفا لدى من يعانون من الاضطرابات الذهانية واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

وهناك دراسة هدفت إلى الكشف عن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، انضغاط ما بعد الصدمة، اضطرابات الاعتماد على المخدرات) بين النزيلات في ولاية كاليفورنيا مقارنة

بالمجتمع من غير النزيلات أجراها الباحثان تاي وميلون (Tye & Mullen, 2006)، وباستخدام المقابلة التشخيصية ونسخه معدلة من استبيان تشخيص اضطرابات الشخصية (PDQ-4) وقائمة للمعلومات الديموغرافية على عينة تكونت من جميع النزيلات في سجن كاليفورنيا والبالغ عددهن (1340) نزيلة، بينت النتائج أن (66%) منهن يعانين الاضطرابات النفسية، وأن نسبة وجود اضطرابات الإعتماد على الكحول (57%)، الاكتئاب الجسيم (44%)، انضغاط ما بعد الصدمة (36%)، كما أن انتشار الاضطرابات النفسية لدى النزيلات أعلى بكثير منه لدى النساء في المجتمع العادي.

وفي دراسة أجريت من قبل زلوتنك، كلارك، فريد مان، روبرتز، ساكس وميلنك (Zlotnick,Clarke ,Friedmann,Roberts,Sacks and Melnick ,2008) بعنوان الاختلافات بين الجنسين من النزلاء في الاضطرابات النفسية في سجن تأهيل متعاطي المخدرات، أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة مكونة من (272) من النزلاء والذين أدخلوا حديثا في سجن لتأهيل متعاطي المخدرات، وقد تبين من الدراسة أن الاضطرابات لدى النساء أكثر حدة من الرجال، كما أظهرت النساء دواما أكثر لمدة الاكتئاب الأساسي، واضطراب انضغاط ما بعد الصدمة واضطرابات الأكل، واضطراب الشخصية الحدية، أما الرجال فقد كانوا أكثر تلبية لمعايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

وفي دراسة عنوانها: انتشار عوامل الخطر وعلاقتها بالانتحار لدى السجناء الفرنسيين للباحث لوكاسي وكز وآخرون(Lukasiewicz et al, 2009)، هدفت إلى دراسة أثر انتشار الاكتئاب على الإنتحار لدى السجناء في فرنسا، وتكونت العينة من (998) سجينا ضمن (23) سجنا في فرنسا،

واختيرت العينة بالطريقة الطبقية العشوائية، وكشفت الدراسة أن انتشار الاضطرابات النفسية بين النزلاء بلغ (33%)، وكانت هنالك علاقة دالة إحصائيا بين اضطراب الإكتئاب والإنتحار.

وأجريت دراسة الاضطرابات النفسية لدى النزيلات المحكومات لإدانتهن بجرائم إيذاء النفس من قبل مارزونا، فازل، رڤلين وهاوتن (Marzano, Fazel, Rivlin & Hawton, 2010)، هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية لدى النزيلات المدانات بجرائم إيذاء النفس، وباستخدام المقابلات مع عينة مكونة من (60) حالة من النزيلات في السجون المخصصة للإناث في انجلترا وويلز، بالإضافة إلى سجلات السجن للتعرف على الخصائص الديموغرافية للنزيلات، تبين أن نسبة وجود الاضطرابات النفسية لديهن بلغت (88%) وكان الاكتئاب على رأس هذه الاضطرابات، يليه اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، ثم اضطراب سوء استخدام المخدرات، ولم تكن هنالك فروق ذات دلالة تعزى إلى العمر أو الحالة الاقتصادية.

وفي دراسة عن المرض النفسي واضطراب تعاطي المخدرات لدى السجناء الأستراليين، قام بها مجموعة من الباحثين هم بتلر، إندج، ألنت ومأمون (Butler, Indig, Allnut, & Mamoon,2011)، هدفت الدراسة إلى الكشف عن وجود المرض النفسي وتعاطي المخدرات لدى عينة من السجناء الأستراليين، وتكونت العينة من (1478) نزيلا (1208 من الرجال، 270 من النساء)، وخرجت الدراسة بالنتائج التالية: بلغت نسبة الاضطرابات النفسية (42,2%) لدى النزلاء، وبلغت نسبة اضطراب سوء استخدام المخدرات (55,3 %)، كما ارتفعت نسبة الاضطرابات النفسية لدى النساء مقارنة بالرجال حيث بلغت النسبة (46%) لدى النساء مقابل (25%) لدى الرجال.

وأجريت دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية قام بها كولدج, مارل، ڤان وسيغل (Coolidge ,Marle, Van Horn & Segal ,2011) بعنوان الأعراض الطبية، اضطرابات الشخصية، والاختلافات العصبية بين النزلاء الرجال والنساء، كشفت الدراسة عن الأعراض الطبية، واضطرابات الشخصية، والمشكلات العصبية بين النزلاء، لدى عينة مكونة من (523) من النزلاء و(523) من النزيلات، وقد وجدت الدراسة أن الإناث النزيلات كن ضعف الرجال في مستويات اضطراب الشخصية الحدية والهستيرية، إضافة إلى تحقيقهن ضعفا في الأعراض العصبية العامة، وبشكل خاص ضعف الذاكرة، والأعراض العصبية أكثر من الرجال، كما أظهرت النساء ارتفاعا في مستويات القلق، الاكتئاب، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة، أعراض الفصام، وتبدد الشخصية أكثر من الرجال.

كما أجرى كل من وولف، مورغان، شي، هيوننغ وفيشر (Wolf, Morgan, Shi, Huening & Fisher, 2011) دراسة هدفت إلى الكشف عن أنماط التفكير الإجرامي والمشاعر العدوانية واليأس بين الرجال والنساء من النزلاء الذين أصيبوا بالاضطرابات النفسية والذين لم يصابوا بها، وتكونت عينة الدراسة من (4204) نزيلا، ووجدت الدراسة أن (6,6%) من الذكور (19,4%) من الإناث يعانون اضطرابات نفسية حادة، كما لم توجد فروق في أنماط التفكير الإجرامي بين النزلاء المصابين بالاضطرابات النفسية وغير المصابين بها.

ثانيا: الدراسات المتعلقة بأساليب المعاملة الوالدية

في دراسة للحجاج (1998) بعنوان أنماط التنشئة الأسرية، المستويات الاجتماعية، الاقتصادية، والثقافية السائدة لدى الأحداث الجانحين في مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن أجريت على نزلاء مركز محمد بن القاسم الثقفي، ومركز إصلاح وتأهيل الفتيات في الزرقاء، وهدفت إلى

التعرف على أنماط التنشئة الأسرية السائدة لدى أسر الجانحين والتعرف على المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لأسر الجانحين، تكونت عينة الدراسة من(75) حدثا جانحا منهم (63) من الذكور و(12) من الإناث، كشفت الدراسة أن النمط الوالدي الأغلب استخداما لدى أسر الأفراد الجانحين كان نمط التساهل، يليه نمط التشدد، ثم الإهمال، أما المستوى الاقتصادي فقد كان متوسطا لدى أفراد العينة، كما تبين منها أن المستوى الثقافي والتعليمي للأفراد الجانحين ذكورا وإناثا له دور في جنوحهم إذ كان ما نسبته (45,3%) منهم أميون كما أن معظمهم خرج من أسرة تفشت فيها الأمية.

وفي دراسة لاختلاف أنماط المعاملة الوالدية لدى النزلاء مقارنة بغير النزلاء من الذكور والإناث أجريت من قبل كبمن، أولسن، كلاين، هارت وروبنسن (Chipman, Olsen, Klein, Hart & Robinson, 2000) وتكونت عينتها من (337) من غير السجناء و(128) من السجناء في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد تبين من الدراسة وجود ارتباط دال إحصائياً بين نمط المعاملة الوالدية المتسلط والمتساهل ودخول السجن، كما لم توجد علاقة دالة إحصائياً بين نمط المعاملة الوالدية الحازم والانحراف ممثلاً (بدخول السجن).

وفي دراسة للعلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والجنوح أجرى آشر(Asher ,2006) دراسته على عينة من الآباء والأمهات والجانحين في ولاية أوهايو، وتكونت عينة الدراسة من (39) من الآباء والأمهات للجانحين، وعلى (24) من الجانحين الذكور الذين يقيمون في مركز(تبلر) للأحداث بأوهايو خلال الفترة مابين(14) يونيو إلى (11) أكتوبر من عام (2006)، ومن خلال استبيان للكشف عن نمط الأبوة والأمومة السائد لدى أسر الجانحين، كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً ما بين نمط المعاملة الوالدية المتسلطة والجنوح، بينما لم توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية ما بين أسلوب المعاملة الوالدية المتساهل والحازم والجنوح.

وفي دراسة بعنوان أثر التنشئة الأسرية في الأمن النفسي لدى الأحداث الجانحين بالأردن أجريت من قبل المومني عام (2006)، وهدفت إلى الكشف عن أثر أنماط التنشئة الأسرية في الأمن النفسي لدى الأحداث الجانحين في الأردن، كما هدفت إلى معرفة الفروق في مستوى الشعور بالأمن النفسي بين أبناء الأسر المتسامحة في تنشئتها وأبناء الأسر المتشددة، وتكونت عينة الدراسة من (309) من الأحداث الجانحين والمودعين بمراكز رعاية وتأهيل الأحداث الجانحين بالأردن، والذين تراوحت أعمارهم ما بين(12-17) سنة، وباستخدام مقياسين هما مقياس التنشئة الأسرية ومقياس ماسلو للأمن النفسي، تبين من النتائج أن نمط التنشئة الأسرية المتشدد هو الأكثر شيوعا وانتشارا لدى أسر الجانحين من النمط المتسامح في التنشئة، كما بينت النتائج أن الأفراد الذين نشأوا في أسر متسامحة كانوا أكثر شعورا بالأمن النفسي من الأفراد الذين نشأوا في أسر متسلطة.

وفي دراسة أخرى عنوانها تأثير الأساليب الوالدية على جنوح المراهقين في وسط الدلتا، وأجريت من قبل أوكرودودو(Okorodudu, 2010) باليابان، وهدفت إلى دراسة أساليب المعاملة الوالدية المؤثرة في جنوح المراهقين في اليابان، وباستخدام عينة مكونة من (404) فردا، وباستخدام استبانة لقياس نمط المعاملة الوالدية السائد لدى أسر الجانحين من المراهقين أفراد العينة، تم التوصل إلى أن نمط المعاملة الوالدية المتساهل كان متنبئاً جيداً بالجنوح لدى المراهقين، بينما لم يكن الأسلوب الحازم والمتسلط كذلك؛ حيث كان لهذين الأسلوبين تأثير إيجابي على الأفراد.

ثالثا: الدراسات المتعلقة بمستوى التدين

في دراسة بعنوان هل يساعد التدين السجناء؟ أجريت من قبل كلير وسومتر (Clear & Sumter, 2002)، وهدفت إلى استقصاء أثر البرامج الدينية في السجن على النزلاء على عينة تكونت من (769) من النزلاء الذكور من (20) سجنا في(12) ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية،

وباستخدام استبانة لقياس مستوى التدين بالإضافة الى المقابلات الشخصية، كشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية ما بين المشاركة في النشاطات الدينية والتكيف مع ظروف السجن، بالإضافة إلى دور التدين في مساعدة السجين في التغلب على الاكتئاب، والشعور بالذنب، واحتقار الذات.

وفي دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين التنشئة الدينية والصحة النفسية لدى نزلاء السجن في ولاية هيوستن في الولايات المتحدة الأمريكية، أجراها لونزاك وآخرون(Lonczak , Blecha, Falissard, Neveu, Benyamina & Reynaud 2006) على عينة تكونت من (305) من النزلاء، ومن خلال استبيان لقياس الاضطرابات النفسية وآخر لقياس مستوى التدين، تبين من الدراسة أن التدين متنبئ رئيسي بانخفاض مستوى الاكتئاب والجسدنة والعدائية لدى النزلاء، وأن هذه النتيجة تظهر بشكل أكبر لدى الإناث.

وفي دراسة عن التدين، الروحانيات، والصحة النفسية بين النزلاء الذكور أجريت من قبل آلن، فيلبس، روف، كافنوف ودي(Phillips,Allen , Roff, Cavanaugh & Day, 2007) ، وهدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية ما بين التدين، الروحانيات والصحة النفسية والجسدية لدى (73) نزيلا من الذكور في ولاية (ألاباما) الأمريكية وقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية؛ وذلك باختيار النزلاء الذين تجاوزوا الخمسين عاما، وباستخدام المقابلات الشخصية (نظرا لأن الكثير منهم لا يستطيعون القراءة والكتابة)، كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ما بين التدين والصحة النفسية، كما أن هنالك علاقة طردية ما بين التدين والعمر فبارتفاع العمر يزداد مستوى التدين.

وفي دراسة أخرى بعنوان النظام القيمي وعلاقته بالقدرة على ضبط النفس لدى مجموعة من نزلاء الجيش في طهران، أجريت من قبل ميرزماني (Mirzamani, 2011)، وهدفت إلى معرفة أثر القيم الدينية على الصحة النفسية لدى مجموعة من نزلاء الجيش الإيرانيين، وتكونت عينة الدراسة من

(137) فردا، وباستخدام استبانة لقياس القيم الدينية وأخرى للبيانات الديموغرافية، تبين انخفاض مستوى التدين لدى هؤلاء النزلاء، مما قد يشير إلى أن انخفاض القيم الدينية قد يزيد من احتمال ارتكاب الجرائم.

ودراسة بعنوان الدين والصحة النفسية في السجن أجراها إتيان (Eytan,2011) وهدفت إلى دراسة العلاقة ما بين التدين والصحة النفسية لدى النزلاء في سويسرا، تكونت عينة الدراسة من (4823) نزيلا، وباستخدام استبانه لقياس التدين وأخرى لقياس الصحة النفسية، تبين وجود علاقة إيجابية ما بين ارتفاع مستوى التدين والصحة النفسية، خاصة مرض الاكتئاب حيث انخفضت مستويات الاكتئاب بشكل بارز لدى الأشخاص الأكثر تدينا.

ولدراسة أثر التدين على السلوك في السجن، أجرى كل من كيرلي، ألسون وأجراهام (Graham, & Allison ,Kerley (2012 , دراسة هدفت الى استكشاف مدى تأثير التدين في مساعدة الأفراد على التعامل مع ظروف السجن، وباستخدام بيانات المسح الشامل في السجن التابع للمنطقة الجنوبية الشرقية للولايات المتحدة الأمريكية على عينة مكونة من (386) نزيلا، تبين من النتائج عدم وجود أثر للتدين في مساعدة السجناء للتغلب على المشاعر السلبية.

رابعا: الدراسات المتعلقة بالمتغيرات الديموغرافية

في دراسة بعنوان النساء في السجن، أجريت من قبل جلب (Gelb,2003) وتهدف إلى دراسة حداثة العمر كأحد الأسباب المحتملة لارتفاع نسبة النزيلات في سجون أستراليا؛ حيث ارتفعت نسبة النساء بنسبة (60%) ما بين عام (1995-2003)، تكونت عينة الدراسة من جميع نزيلات سجون أستراليا، والبالغ عددهن (1484) نزيلة وبنسبة (7%) من جميع نزلاء السجون في أستراليا، بين

عامي (1995–2002)، حيث تم الحصول على المعلومات من سجلات السجون، وتبين من الدراسة أن أعلى نسبة للنزيلات تقع في الفئة العمرية (25-29) سنة.

وفي دراسة أعدت من قبل الممثل الإقليمي لمجلس الدولة للولايات الجنوبية في الولايات المتحدة الأمريكية ادواردز (Edwards, 2000)، بهدف دراسة الأسباب الكامنة وراء تزايد أعداد النزيلات في سجون الولايات المتحدة الأمريكية، ودراسة المشكلات التي يواجهنها في السجن وتكون سببا في تطور الاضطرابات النفسية لديهن خاصة الاكتئاب، أعراض انضغاط ما بعد الصدمة، القلق، وضعف الثقة بالنفس، شملت الدراسة جميع نزيلات سجون الولايات المتحدة الأمريكية والبالغ عددهن (13,420) نزيلة ومن خلال المسح الشامل لظروف السجون، ودراسة سجلات النزيلات، تبين من الدراسة ما يلي: تعود المشكلات النفسية في السجون إلى أسباب عدة منها:(انخفاض مستوى النزيلات التعليمي(حيث كانت غالبية السجينات ممن لم يكملن التعليم الثانوي)، ضعف الموارد، عدم توافر المتخصصين من المرشدين النفسيين داخل السجن، وضعف تدريب العاملين على التعامل مع النزلاء من المعرضين للاضطرابات النفسية)؛ حيث أن ضباط السجون كثيرا ما يفتقدون القدرة على التمييز ما بين السلوك العادي، والتغيرات المرتبطة بوجود اضطرابات نفسية مما يزيد من تفاقم المشكلة لدى المريض، كما أن الرعاية في السجون لا تميز بين احتياجات المرأة والرجل، وغالبا ما تركز هذه الخدمات على مراعاة احتياجات النزلاء من الرجال.

وفي دراسة أخرى عنوانها النساء في السجن، أجريت من قبل دوغلاس (Douglas,2000) في الولايات المتحدة الأمريكية بولاية غرب فرجينيا على عينة مكونة من (263) نزيلة، تبين من الدراسة ارتفاع نسبة النزيلات في الولايات المتحدة الأمريكية؛ حيث بلغت نسبة النزيلات (57) نزيلة لكل (100,000) نسمة، وبلغت نسبة النساء (5%) من مجتمع نزلاء السجون في الولايات المتحدة الأمريكية،

كما تبين أن (66%) من النزيلات يقعن في الفئة العمرية (20-39) سنة، وأن(44%) من النزيلات لم يكملن الدراسة الثانوية.

وفي تقرير خاص نشرته وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice,2006) حول الصحة العقلية في السجون الأمريكية وشملت جميع نزلاء السجون البالغ عددهم (429,821) تبين أن نحو (64%) من نزلاء السجون، يعانون أحد الاضطرابات النفسية، وأن (30%) منهم يعانون من أعراض الاكتئاب الجسيم، أما بالنسبة لمتغير الجنس فقد كان (73%) من المضطربين من النساء، كما أن حوالي (60%) منهم من ذوي الفئة العمرية (24) سنة فأقل، ومعظمهم من العاطلين عن العمل أو ذوي الدخل المنخفض.

وفي دراسة أخرى حول معدلات انتشار الأمراض النفسية بين المودعين في سجن أيوا في الولايات المتحدة الأمريكية، أجريت على عينة مكونة من(320) نزيلا(264 رجل و56 امرأة)، أجريت من قبل جنتر وآخرون (Gunter et al, 2008)، وباستخدام المقابلة التشخيصية، وجدت الدراسة أن (90%) من النزلاء قد حقق معايير أحد الاضطرابات النفسية، وتبين أن متوسط العمر لدى أفراد العينة كان (31,1%) سنة وأن معظمهم كانوا من غير المتزوجين (مطلقين أو عزاب)، كما شكل الاكتئاب بأنواعه أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بين النزلاء، يليه اضطراب القلق بأنواعه، ثم اضطراب تعاطي المخدرات.

وفي دراسة بعنوان الأمراض النفسية في السجون الايرلندية أجريت من قبل كيرتن، رايت، مونكس، دفي، وكندي .(Curtin,Wright, Monks, Duffy, & Kennedy, 2009)، وهي دراسة استهدفت جميع نزيلات السجون الأيرلندية لعام (2009) والبالغ عددهن (615) نزيلة، وهدفت إلى الكشف عن انتشار الأمراض النفسية في السجون الأيرلندية، وقد وجدت الدراسة أن (41%) من النساء

المحكومات لديهن اضطرابات نفسية، وشكل الاكتئاب ما نسبته (20%) من هذه الاضطرابات، أما القلق فقد شكل ما نسبته (9,2%)، كما ازدادت نسبة تواجد الاضطرابات لدى الطبقات الأكثر فقرا، إذ أن (64,3%) منهن كن من العاطلات عن العمل قبل دخول السجن، وارتفعت نسبة الاضطرابات لدى النزيلات من الفئة العمرية (30-39) سنة، كما بلغت نسبة الأمية لدى النزيلات (11%).

دراسة أخرى عنوانها مساعدة النزيلات في سجن إلينوي، أجريت من قبل (ريشرت ،آدامز، بوستويك (Reichert, Adams & Bostwick, 2010)، على عينة مكونة من (163) نزيلة، تبين منها أن متوسط العمر لدى النزيلات كان (36,2)، وأن مستوى التعليم لدى (44%) منهن أقل من الثانوي، كما تبين أن 53%) منهن غير متزوجات، وأن الدخل الشهري لأسر النزيلات أو النزيلات قبل السجن لدى (38%) من أفراد العينة كان منخفضا.

وهنالك دراسة عن أثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية على وجود الاضطرابات السيكوباتية لدى نزلاء السجون أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل جارسيا كادينا وآخرون (Garcia Cadena,Moral de la Rubia,Firas-Armenta,Valdivia, & Díaz,2012)، وهدفت إلى دراسة أثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية على وجود الاضطرابات السيكوباتية لدى نزلاء السجون، تكونت عينة الدراسة من (178) سجينا، وتبين من الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطراب السيكوباتية وانخفاض مستوى الدخل، بينما لم توجد علاقة ارتباطية بين اضطراب السيكوباتية والمستوى التعليمي.

و أخيرا دراسة عنوانها إحصائيات مجتمع السجن أجريت من قبل بيرمان (Berman , 2012)، وهي دراسة هدفت إلى دراسة مجموعة من المتغيرات المؤثرة في بيئة السجن، وإجراء الإصلاحات اللازمة لهذا المجتمع، تكونت العينة من (4200) نزيلة، تم أخذ المعلومات عنهن من خلال إحصائيات

وزارة العدل في إنجلترا وويلز. وتبين أن (81%) من السجينات غير متزوجات قبل السجن، وارتفعت النسبة إلى (91%) بعد السجن حيث طلق ما نسبته (10%) منهن بعد السجن، كما كانت (60 %) منهن تتراوح أعمارهن بين (20-24) سنة، (70%) منهن تعليمهن أقل من الثانوي وأن(70%) منهن يعانين أحد الاضطرابات النفسية.

ملخص عام للدراسات السابقة

في ضوء ما تم عرضه من دراسات سابقة عربية وأجنبية يتبين لنا ما يلي:

- هنالك اهتمام كبير ومتزايد بدراسة الاضطرابات النفسية بين نزلاء السجون، متزامنا مع الزيادة الهائلة في أعداد نزلاء السجون في السنوات العشر الأخيرة؛ الأمر الذي يؤثر سلبا على بنية المجتمع، ويشكل ضغطا على مقدرات الدول بشكل عام.
- كشفت الدراسات عن انتشارٍ عالٍ للاضطرابات النفسية بين نزلاء السجون بشكل عام والنزيلات بشكل خاص.
- تركزت الاضطرابات النفسية المنتشرة بين النزيلات في الاكتئاب وانضغاط ما بعد الصدمة والقلق المعمم، بالإضافة إلى العديد من الاضطرابات الأخرى، كدراسة جوردان وآخرون (Jordan et al, 1996)، ودراسة برندد وآخرون (Brinded et al, 2001) وشون وآخرون (Shaun et al, 2001) ،(وجرجيس،2003)، وبتلر وآخرون (Butler et al, 2011)، وبتلر وألنت (Butler & Allnutt,2003) ، وواتكزك وآخرون (Watzke et al, 2006)، ودراسة تاي وميلون (Tye & Mullen, 2006).
- تناولت العديد من الدراسات أساليب المعاملة الوالدية وتأثيرها على الأبناء وعلى الجنوح، كما تناولت علاقتها بالأمن النفسي للأبناء، إضافة لذلك تناولت الدراسات العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاضطرابات النفسية، كدراسة كل من الحجاج (1998) وكمبن وآخرون (Chipman, et al, 2000) ،ودراسة آشر(Asher,2006) و(المومني، 2006)، وأوكرودودو (Okorodudu,

2010) إلا أن الباحثة لم تجد أي دراسات اهتمت بالعلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاضطرابات النفسية لدى نزلاء السجون.

- اهتمت الدراسات بدراسة العلاقة بين مستوى التدين ووجود الاضطرابات النفسية بين نزلاء السجون، وقد أكدت معظم هذه الدراسات على الدور الإيجابي للتدين في الحد من وجود الاضطرابات النفسية؛ وبهذا يكون انخفاض مستوى التدين متنبئا جيدا بارتفاع انتشار الاضطرابات النفسية بين النزلاء، كدراسة كل من كلير وسومتر Clear)& Sumter, ، 2002)، ولونزاك وآخرون (Lonczak et al, 2006)، ودراسة آلن وآخرون Allen et (al,2007)، وميرزماني (Mirzamani, 2011)، ودراسة إتيان (Eytan, 2011)، فيما لم يجد كيرلي وزملاؤه Kerley)(et al,2012 أثرا للتدين في تغلب السجناء على مشاعرهم السلبية.
- تناولت الدراسات الأجنبية الاضطرابات النفسية بين نزلاء السجون، واهتمت بارتباطها بمتغيرات المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية، ووجدت أن أغلبية هذه الاضطرابات النفسية تشيع بين من هم أقل تعليما، وبين ذوي الدخل المنخفض، أو العاطلين عن العمل قبل دخول السجن كما تشيع بين غير المتزوجين أو المطلقين سواء أكان ذلك قبل دخول السجن أم بعد دخوله، وقد ظهر ذلك من خلال دراسة كل من جنتر وآخرون (Gunter et al, 2008)، و ريشرت وآخرون (Reichert et al,2010) ودراسة بيرمان (Berman, 2012)، والتي تبين منها أن غالبية النزيلات المضطربات كن إما مطلقات أو عزباوات، وبهذا يمكن اعتبار انخفاض المستوى التعليمي، وانخفاض الدخل، وعدم الزواج، متنبئات جيدة بوجود الاضطرابات النفسية بين النزيلات.
- تناولت العديد من الدراسات متغير العمر وارتباطه بالاضطرابات النفسية لدى النزلاء، وقد وجدت الدراسات تنوع الفئات العمرية للمضطربين، إلا أنها اتفقت على أن الاضطرابات تشيع لدى من هم دون الأربعين عاما، كما في التقرير الخاص الذي نشرته وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice, 2006) حول الصحة العقلية في السجون الأمريكية، ودراسة بيرمان , Berman)

(2012، ودراسة جلب (Gelb,2003)، ودراسة دوغلاس (Douglas,2000)، ودراسة كيرتن وآخرون(Curtin et al,2009) ودراسة جنتر وآخرون(Gunter et al, 2008)، ودراسة ريشرت وآخرون (Reichert et al, 2010).

وقد وجدت الباحثة من الدراسات السابقة الخاصة بموضوع الدراسة اهتماما عالميا بالنزلاء ورعايتهم داخل مراكز الإصلاح والتأهيل، فقد اهتمت الكثير من هذه الدراسات بالكشف عن الاضطرابات النفسية السائدة لدى نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، وكشفت عن ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية بين النزلاء خاصة اضطرابات القلق والاكتئاب؛ مما أدى إلى استنارة الباحثة بالعديد منها في دعم الإطار النظري لموضوع الدراسة والاستفادة من الأدوات المستخدمة فيها.

ونظرا لندرة البحوث المقدمة عربيا في موضوع نزيلات السجون، كما لم تجد الباحثة أي دراسة أردنية تناولت الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء، تميزت هذه الدراسة بأنها الأولى–على حد علم الباحثة– التي تناولت الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين في ضوء متغيرات العمر، مستوى التعليم الدخل الشهري، والحالة الاجتماعية، وهي بذلك تناولت ثلاثة جوانب هامة هي: الجانب النفسي ممثلا بمستوى الاضطرابات النفسية من قلق واكتئاب وانضغاط ما بعد الصدمة، والجانب الاجتماعي ممثلا بأساليب المعاملة الوالدية، والجانب الديني المتمثل بمستوى التدين، وذلك استنادا على الدراسات السابقة، وباستخدام مقاييس محكّمة علميا، لتكون نواة لبحوث وبرامج علاجية لاحقة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء الموقوفات والمحكومات لعام (2013)، وتألفت عينة الدراسة من جميع النزيلات المتواجدات في مركز إصلاح وتأهيل النساء في الجويدة فترة تطبيق الدراسة وهي شهر أيار لعام (2013). وقد كانت طريقة اختيار أفراد الدراسة هي الطريقة المتيسرة، حيث بلغ العدد الكلي للنزيلات (359) نزيلة، ونظرا لأن ما يقارب ال(60) نزيلة كن من جنسيات غير عربية، كما أن (30) من النزيلات كن قد شاركن في العينة الاستطلاعية و(10) رفضن المشاركة في الدراسة، إضافة إلى استبعاد (7) من العينة لعدم إجابتهن بشكل جدي على المقاييس المستخدمة؛ فقد بلغت عينة الدراسة (252) نزيلة، والجدول (1) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديموغرافية.

الجدول (1)

التكرارات والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الديموغرافية

	الفئات	**التكرار**
العمر	18-25	111
	26-35	75
	36 سنة فأكثر	66
الدخل الشهري للنزيلة قبل السجن	300 دينار فأقل	168
	301 دينار فأكثر	84
المؤهل العلمي	الثانوية العامة فأقل	151
	دبلوم	101
الحالة الاجتماعية	متزوجة	84
	عزباء	80
	منفصلة	30
	ارملة	32
	مطلقة	26
	المجموع	252

منهج الدراسة

منهج البحث هو منهج البحث الوصفي، والذي يعنى بالكشف عن وجود الظاهرة والكشف عن أهم المتغيرات المؤثرة فيها .

أدوات الدراسة

أولاً: مقياس القلق (العام).

وقد عملت الباحثة على قياس القلق العام من خلال القائمة التي قام بترجمتها وتقنينها على البيئة العربية أحمد عبد الخالق عام (1983)، والتي تحتوي على (20) بنداً، أما القائمة الأصلية فهي من وضع سبلبيرجر وزملاؤه عام (1964)، وصدرت صيغتها الثالثة عام (1983)، وتشتمل على التمييز بين القلق كحالة والقلق كسمة، ويستغرق تطبيق إحدى القائمتين (القلق كحالة، والقلق كسمة) حوالي (6) دقائق للأسوياء، بينما يتوقع أن يستغرق تطبيقها بالنسبة للمضطربين أو الأميين حوالي (10) دقائق للقائمة الواحدة.

صدق وثبات المقياس الأصلي

أولا: صدق المقياس

تم قياس صدق المحك للمقياس من خلال تطبيق قائمة القلق، وتطبيق مقياس القلق الصريح من وضع تايلور على (1443) طالباً من الجنسين، وقد بلغ معامل الارتباط (0.85) بين المقياسين عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$).

ثانيا: ثبات المقياس

حسبت معاملات ثبات المقياس بطريقتين:

1- التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل أسبوع واحد، حيث تراوحت قيمة معامل ثبات الاستقرار ما بين (0.65-0.75).

2- بحساب معامل ثبات الاتساق الداخلي للمقياس، حيث بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة كرونباخ ألفا (0.90)، وهي معاملات ثبات مرتفعة على كلا من ثبات الاستقرار والاتساق الداخلي (سبيلبيرجر، جورستش، لوشين، فاج، جاكوبز، 1992).

صدق وثبات الصيغة العربية للمقياس

صدرت الصيغة العربية من مقياس القلق (الحالة والسمة)عام (1983) حيث قام الدكتور أحمد عبد الخالق بتقنين المقياس على البيئة العربية.

أولا: صدق الصيغة العربية للمقياس

للتأكد من صدق الترجمة قام عبد الخالق بتطبيق المقياس الصيغتين العربية والإنجليزية على (19 طالبا، 52 طالبة) في سنواتهم الأخيرة بقسم اللغة الإنجليزية، وكلية التربية بجامعة الإسكندرية، حيث طبقت الصيغتان بشكل متعاقب خلال جلسة واحدة، الصيغة العربية ثم الإنجليزية مع نصف الطلاب، الصيغة الإنجليزية ثم العربية مع النصف الآخر، ثم قام عبدالخالق بحساب الارتباطات والفروق بين الصيغتين، حيث تبين أن جميع معاملات الارتباط موجبة وبشكل مرتفع.

ثانيا: ثبات الصيغة العربية للمقياس

تم حساب معاملات ثبات الصيغة العربية بطريقتين:

1- التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني أسبوع واحد حيث بلغت قيمة معاملات ثبات إعادة التطبيق ما بين (0.78-0.82).

2- الاتساق الداخلي من خلال تقسيم الفقرات إلى فردي وزوجي، وحساب معاملات الارتباط بين هذين النصفين بمعادلة (سبيرمان- براون)، وقد كانت معاملات ثبات الاتساق الداخلي كلها مرتفعة، حيث تراوحت ما بين (0.77-0.91)، كما كانت معاملات ثبات إعادة التطبيق لمقياس حالة القلق منخفضة وهو أمر متوقع، نظرا لأن مقياس حالة القلق يعكس تأثير العوامل الموقفية النوعية التي توجد أثناء موقف القياس، وليس من السهل أن تكون حالة المفحوصين في الموقفين (التطبيق وإعادته) واحدة (عبد الخالق، 2000).

صدق وثبات المقياس بصيغته الحالية والمستخدمة في الدراسة

أولا: الصدق

الصدق الظاهري

إذ قامت الباحثة بعرض المقياس بصيغته الأولية كما هو بالملحق (3) على(9) من المتخصصين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والقياس والتقويم بجامعة اليرموك، وجامعة البلقاء التطبيقية، والجامعة الأردنية؛ للتحقق من صدق المحتوى للمقياس، ووضوح فقراته، ومناسبتها لمجتمع الدراسة، وتم إجراء التعديلات اللازمة وفق ملاحظاتهم ومقترحاتهم؛ إذ تم تعديل بعض الفقرات وإضافة أخرى، لتكون بلغة

بسيطة تناسب مجتمع النزيلات، حيث تكون المقياس في صورته النهائية من (19) فقرة، والملحق رقم (4) يوضح ذلك.

صدق البناء:

لاستخراج دلالات صدق البناء للمقياس، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (30) نزيلة، واستخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية، حيث تم تحليل فقرات المقياس، وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات، حيث أن معامل التمييز هنا يمثل دلالة صدق بالنسبة لكل فقرة في صورة معامل ارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.30- 0.57)، والملحق رقم (5) يوضح ذلك، وتجدر الإشارة أن جميع معاملات الارتباط كانت أكبر من (0.30) ودالة إحصائيا، ولذلك لم يتم حذف أي من هذه الفقرات.

ثانيا : الثبات

حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) نزيلة من غير عينة الدراسة، ومن ثم حساب ثبات الاتساق الداخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا، حيث تبين أن قيمة معامل الثبات المحسوب بمعادلة كرونباخ ألفا هي(0.77)، واعتبرت هذه النسبة مناسبة لغايات هذه الدراسة.

طريقة تصحيح مقياس القلق العام

يتكون المقياس من(19) فقرة أمام كل فقرة (4) خيارات للإجابة تأخذ الدرجات التالية: دائما(4)، غالبا (3)، نادرا (2)، ومطلقا (1)، وتتراوح درجة المفحوص الكلية بين (19- 76) درجة وجميعها فقرات ايجابية تفسر مجتمعة، وقد تم تصنيف استجابات أفراد العينة إلى ثلاث فئات على النحو التالي:

(1.99) فما دون يكون قلق منخفض، ومن(2−2.99) يكون قلق متوسط، ومن(3− 4) يكون قلق مرتفع.

ثانيا: قائمة بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory (B.D.I

يرى آرون بيك أن الاكتئاب جملة مكونة من مجموعة من الأعراض: الوجدانية، المعرفية، الدافعية ،السلوكية، تقدير الذات ومظاهر عضوية.

وتعد قائمة بيك للاكتئاب من أكثر القوائم استخداما منذ عام (1961)، وتستخدم لتقدير شدة الاكتئاب لدى الراشدين والمراهقين، وتقيس قائمة بيك للاكتئاب في صيغتها الأصلية (21) عرضا واتجاها على مقياس يتراوح بين (3-0) حسب الشدة؛ حيث أن (صفر) تعني عدم وجود العرض في حين أن (3) تعني وجود العرض بدرجة مرتفعة جدا، وتقيس المجالات التالية:

(1.المزاج 2. التشاؤم 3. الشعور بالفشل 4. عدم الرضا بالنفس 5.الشعور بالذنب 6.العقاب 7.كره الذات 8.اتهام النفس9. الأفكار الانتحارية 10.البكاء 11.التهيج 12.الانسحاب الاجتماعي 13.عدم الحسم 14. تغير صورة الجسم 15. صعوبات في العمل 16.الأرق 17. سرعة التعب أو فقدان الطاقة 18. فقد الشهية 19. فقد الوزن 20.الانشغال بالجسم 21. فقد اللبيدو أو (الرغبة الجنسية) (عبد الخالق، 1999).

صدق وثبات القائمة الأصلية

للتحقق من صدق وثبات القائمة قام بيك بإجراء دراسة على عينة تكونت من (100) مريض ضمن مجموعتين تم تشخيصهم كاكتئابيين، تألفت المجموعة الأولى من مرضى مقيمين بالمستشفيات ويتلقون علاجا نفسيا من الاكتئاب، في حين تألفت المجموعة الثانية من مرضى العيادات الخارجية،

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجات على قائمة بيك للاكتئاب بين متوسطات المجموعتين، وقد بلغ معامل الارتباط بين قائمة بيك ومحك التشخيص الاكلينيكي(0.67) (Beck, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). أما بالنسبة للثبات فقد تم التوصل إلى معامل ارتباط مقداره (0.93) باستخدام معادلة سبيرمان- براون بين نصفي القائمة (حمدي وأبو حجلة وأبو طالب، 1988).

الصورة الأردنية للقائمة

وقد قام حمدي وزملاؤه (1988) بإعداد صورة معربة من قائمة بيك للاكتئاب على البيئة الأردنية، إذ قاموا بترجمة فقراتها لتناسب البيئة الأردنية، وتم عرض الصورة الأولية المترجمة للقائمة على مجموعة من المختصين في مجالي الطب والإرشاد النفسي؛ ليتم إجراء التعديلات اللازمة على صياغة الفقرات وفق ملاحظاتهم.

كما أجريت دراسة استطلاعية على عينة مكونة من (50) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة الأردنية لعام (1985 / 1986)؛ وذلك للتأكد من وضوح الفقرات وتعليمات الإجابة، وتم إجراء التعديلات اللازمة بناء على نتائج الدراسة.

صدق وثبات الصورة الأردنية للقائمة

أولا: الصدق

للتأكد من صدق القائمة، تم تطبيقها على (56) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة الأردنية أجريت معهم مقابلات إكلينيكية لتقدير درجة الاكتئاب لدى كل واحد منهم، إضافة إلى تطبيق قائمة بيك للاكتئاب. وقد نجحت القائمة في التمييز بين الطلاب لتقسمهم إلى مجموعتين مجموعة اكتئابية وعددها (38) طالبا، وأخرى غير اكتئابية وعددهم (18) طالبا مما يدلل على الصدق التمييزي للقائمة.

ثانيا :الثبات

أما بالنسبة للثبات فقد بلغت قيمة معامل ثبات القائمة بصورتها المعربة، والمحسوبة بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني أسبوع واحد على عينة ثانية من طلاب الجامعة الأردنية مكونة من (80) طالبا (0.88)، أما قيمة معامل الثبات المحسوب باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على عينة ثالثة مكونة من (635) طالبا وطالبة فهي(0.87)، وقد ظهر من خلال التحليل العاملي لفقرات القائمة أن القائمة تتكون من أربعة عوامل رئيسية تفسر مجتمعة ب(45.5 %) من التباين الكلي للقائمة، وتدور معظم الفقرات المشبعة بالعامل الأول حول وجود مشاعر سلبية مثل (الشعور بالحزن، خيبة الأمل، كراهية الذات، التشاؤم، فقدان الاستمتاع بالأشياء، فقدان الاهتمام بالناس، والميل إلى البكاء، الإحساس بالتعب وبضعف الطاقة، إضافة إلى ضعف القدرة على اتخاذ القرار).

ويتكون العامل الثاني من فقرات تشير إلى اضطراب الوظائف الفسيولوجية، مثل اضطراب النوم، وفقدان الشهية، ونقص الوزن، كما يتكون العامل الثالث من فقرات تتضمن الشعور بالدونية، وتحقير الذات، واستحقاق العقاب، والشعور بخيبة الأمل بالذات، أما العامل الرابع فيتضمن وجود مشاعر من اللاجدوى مثل: التشاؤم بالمستقبل، والشعور بالفشل، وفقدان الاهتمام بالآخرين، والتفكير في الانتحار، ويتضمن العامل الرابع أيضا شعورا بالتدهور، والانحطاط العضوي، ويظهر ذلك من خلال تغيير المظهر نحو الكهولة، وفقدان الجاذبية، ونقصان الاهتمام بالأمور الجنسية والشكوى من الأوجاع الجسمية (حمدي وآخرون، 1988).

صدق وثبات القائمة بصيغتها الحالية والمستخدمة في الدراسة

أولا : الصدق

الصدق الظاهري

للتحقق من الصدق الظاهري للقائمة قامت الباحثة بعرض القائمة على (9) من المحكمين من المتخصصين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والقياس والتقويم بجامعة اليرموك، وجامعة البلقاء التطبيقية، والجامعة الأردنية، للتحقق من صدق المحتوى للقائمة ووضوح فقراتها، ومناسبتها لمجتمع النزيلات، وقد كانت التعديلات طفيفة واقتصرت على حذف كلمة إنني من أمام بعض العبارات، مثل عبارة (إنني لا أشعر بالحزن)، أصبحت لا أشعر بالحزن كما هو موضح بالملحق رقم (6).

صدق البناء:

لاستخراج دلالات صدق البناء للقائمة، تم تطبيق القائمة على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (30) نزيلة، واستخرجت معاملات ارتباط فقرات القائمة مع الدرجة الكلية؛ حيث تم تحليل فقرات القائمة، وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.33– 0.69)، والملحق رقم (7) يوضح ذلك، وتجدر الإشارة أن جميع معاملات الارتباط كانت أكبر من (0.30) ودالة إحصائيا، ولذلك لم يتم حذف أي من هذه الفقرات.

ثانيا : الثبات

حيث قامت الباحثة بتطبيق القائمة على عينة استطلاعية مكونة من(30) نزيلة من غير عينة الدراسة، وحساب معامل الاتساق الداخلي لفقرات القائمة؛ حيث بلغ معامل الاتساق الداخلي المحسوب بمعادلة كرونباخ ألفا (0.88)، وهو معامل ثبات مقبول ومناسب لغاية تطبيق الدراسة.

طريقة تصحيح قائمة الاكتئاب

تتكون القائمة من (21) فقرة أمام كل فقرة (4) خيارات للإجابة تتراوح العلامات عليها بين(0-3) بحيث تكون أعلى علامة(3)، وأدناها(0)، وتصحح الأداة بجمع تقديرات المفحوص لكل الفقرات ال(21)، بحيث تتراوح العلامة الكلية بين (0-63)، وجميعها فقرات موجبة وتفسر مجتمعة.

تفسير الدرجات :

(0-9) وتعني غير مكتئب

(10-15) اكتئاب خفيف

(16–23) اكتئاب متوسط

(24 فما فوق) اكتئاب شديد

واعتبر بيك نقطة الفصل بين الأسوياء والمكتئبين هي (10) درجات (حمدي وآخرون، 1988).

ثالثا: مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة

اعتمدت الباحثة المقياس المعرب عن المقياس الذي تم تطويره في المركز القومي الأمريكي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (National Center for PTSD) من قبل ويذرز وزملاؤه (Weathers et al,1993)، والذي عربه المومني (2008)، إذ قام ويذرز وزملاؤه بوضع فقرات المقياس طبقا لمعايير الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM–IV–TR)،

والمقياس مكون من (17) فقرة تقيس أعراض اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة وفق تدريج خماسي (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، ومطلقا) (المومني والزغول، 2011؛ Norris and Hamblen, 2003).

صدق وثبات مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة النسخة الأصلية:

قام ويذرز وزملاؤه (Weathers et al,1993) بالتحقق من صدق وثبات النسخة المدنية من مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة (PTSD Check List) بعدة طرق:

1- من خلال حساب معامل الاتساق الداخلي، إذ طبقت النسخة العسكرية من المقياس على عينة من المحاربين الأمريكيين في فيتنام، والذين ينتشر لديهم اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة بشكل مرتفع، ووجد أن معامل الاتساق الداخلي مرتفع جدا لديهم للدرجة الكلية للمقياس حيث بلغ (0.97).

2- طريقة إعادة الاختبار، حيث أعيد تطبيق الاختبار بعد (2-3) أيام فوجدوا أن معامل الثبات الكلي للمقياس بلغ (0.96).

كما تم التأكد من صدق وثبات المقياس من قبل باحثين آخرين، من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (40) فردا من الناجين من الأحداث والاعتداءات الجنسية، تبين من خلال المقابلة السريرية أن (18) فردا منهم يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقد وجد الباحثون وهم بلشارد،الاسكندر، بكلي، وفوربيرز (Blachard,Alexsander,Buckley and Fornetis,1996) أن الاتساق الداخلي للمقياس من خلال معادلة كرونباخ ألفا بلغ (0.93)، وأن الارتباط الكلي بين المقياس والمقابلة السريرية المنظمة بلغ (0.93)، كما تم تطبيق المقياس من قبل باحثين على عينة فرنسية تكونت من أشخاص واجهوا أحداثا مختلفة، إذ وجد فنيتورا، ياوا، نوت وجيلارد (Ventureya, yao,

(note and Guillard,2002، أن معامل الاتساق الداخلي بلغ (0.86) كما أن الثبات بطريقة إعادة الاختبار بلغ (0.80) (المومني، 2008؛ Norris and Hamblen,2003).

صدق وثبات المقياس المعرب

أولا : الصدق

للتحقق من صدق المحتوى للمقياس، قام المومني (2008) بترجمة المقياس الأصلي، وعرضه على متخصصين في اللغة الانجليزية للتأكد من صحة ودقة الترجمة، وإجراء التعديلات اللازمة وفق ملاحظاتهم، كما قام المختصون بترجمة المقياس ترجمة عكسية أكدت صدق مضمون الفقرات، إضافة لذلك قام المومني بعرض المقياس على تسعة محكمين مختصين في القياس والتقويم، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الإرشادي في جامعتي اليرموك والأردنية، وتم تعديل الفقرات وفق ما أجمعوا عليه.

وللتأكد من صدق المقياس التلازمي تم تطبيق مقياس القدومي والحلو (2003) المكون من (52) فقرة المشابه للمقياس الذي استخدمه المومني، والذي تم التأكد من صدقه وثباته، ثم طبق مقياس المومني على العينة نفسها المكونة من (20) فرداً من غير أفراد عينة الدراسة، وتبين دلالة قيمة معامل الارتباط بيرسون بين المقياسين إذ بلغت (0,78) ليؤشر ذلك على تحقق الصدق التلازمي.

ثانيا : الثبات

تحقق المومني(2008) من ثبات المقياس بتطبيقه على عينة مكونة من (20) فرداً من ضحايا تفجيرات فنادق عمّان من غير أفراد الدراسة، وباستخدام معادلة كرونباخ ألفا تبين أن قيمة معامل الثبات بلغت (0.89) وهو معامل ثبات مرتفع ومناسب.

صدق وثبات المقياس بصيغته الحالية والمستخدمة في الدراسة

أولا : الصدق

الصدق الظاهري:

إذ قامت الباحثة بعرض المقياس بصورته الأولية كما هو موضح بالملحق (8) على (9) من المحكمين المتخصصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس والقياس والتقويم بجامعة اليرموك وجامعة البلقاء التطبيقية والجامعة الأردنية؛ للتحقق من صدق المقياس ووضوح فقراته ومناسبتها لمجتمع الدراسة وتم إجراء التعديلات اللازمة وفق ملاحظاتهم ومقترحـــاتهم؛ حيث تم فصل الفقـــرات (5 و7) لتصبح كل منهما فقرتين بدل فقرة واحدة حيث كانت الفقرة (5) (هل تشعري بزيادة في دقات القلب،أو صعوبة في التنفس أو التعرق عندما يذكرك شيء ما بحادثة دخولك السجن) فأصبحت (5) (هل تشعري بالتعرق عندما يذكرك شيء ما بحادثة دخولك السجن)، و(8) (هل تشعري بزيادة في دقات القلب، أو صعوبة في التنفس، عندما يذكرك شيء ما بدخولك السجن)، أما فقرة (7) فكانت (هل تتجنبي النشاطات أو المواقف أو الأماكن أو الأشخاص الذين يذكرونك في حادثة دخولك السجن)، وأصبحت (7) (هل تتجنبي الأشخاص الذين يذكرونك في حادثة دخولك السجن)، و(17) (هل تتجنبي المواقف أو الأماكن التي تذكرك في حادثة دخولك السجن)، وتم حذف الفقرة (8)، و(10) وهي على التوالي (هل تواجهي صعوبة في تذكر التفاصيل الهامة في حادثة دخولك السجن)، (هل تشعري بالابتعاد عن الناس أو الانقطاع عنهم بعد حادثة دخولك السجن)؟ والملحق (9) يوضح ذلك.

صدق البناء:

لاستخراج دلالات صدق البناء للمقياس، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (30) نزيلة، واستخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية

حيث تم تحليل فقرات المقياس، وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات، حيث أن معامل التمييز هنا يمثل دلالة صدق بالنسبة لكل فقرة في صورة معامل ارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.30– 0.65)، والملحق (10) يوضح ذلك. وتجدر الإشارة أن جميع معاملات الارتباط كانت أكبر من (0.30) ودالة إحصائيا، ولذلك لم يتم حذف أي من هذه الفقرات، واعتبرت مناسبة لغاية تطبيق الدراسة.

ثانيا : الثبات

حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) نزيلة من غير عينة الدراسة ومن ثم حساب معامل الاتساق الداخلي لفقرات المقياس حيث بلغ معامل الاتساق الداخلي بمعادلة كرونباخ ألفا (0.78).

طريقة تصحيح مقياس انضغاط ما بعد الصدمة

يتكون المقياس من (17) فقرة أمام كل فقرة (5) خيارات للإجابة تتراوح العلامات عليها بين (1–5) بحيث تكون أعلى علامة (5) وأدناها (1)، وتصحح الأداة بجمع تقديرات المفحوص لكل الفقرات ال (17) بحيث تتراوح العلامة الكلية بين (17-85)، وجميعها فقرات موجبة وتفسر مجتمعة.

تفسير الدرجات

تم اعتماد المعيار الاحصائي التالي لتفسير الاستجابات على المقياس وهي كما يلي:

1.49 متدني جدا (لا توجد أعراض)

2.49-1.5 متدني (لا توجد أعراض)

3.49-2.5 متوسط (توجد أعراض بدرجة متوسطة)

3.5-4.49 مرتفع (توجد أعراض بدرجة مرتفعة)

4.5 فأكثر مرتفع جدا (توجد أعراض بدرجة مرتفعة جدا) (المومني، 2008).

واعتبر المومني ان من وقع في الفئة المتوسطة فما فوق بأنه يعاني اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

رابعا: مقياس أساليب المعاملة الوالدية

ولمعرفة أساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر النزيلات، تم استخدام مقياس أساليب المعاملة الوالدية النسخة القصيرة التي اختصر فيها الجوارنة (2010) النسخة المعربة التي كيفها الشريفين (2008) على البيئة الأردنية مأخوذة عن مقياس أنماط المعاملة الوالدية المبنى من قبل بوري (Buri,1991). وللمقياس صورتين، إحداهما للمعاملة الوالدية للأم، والثانية للمعاملة الوالدية للأب، وذلك من وجهة نظر الأبناء. ويشتمل المقياس على ثلاثة أنماط: نمط المعاملة الوالدية المتسلط، والحازم، والمتساهل.

صدق وثبات المقياس بصورته الأصلية

قام بوري (Buri,1991) بحساب معاملات الارتباط بين مجالات المقياس الثلاثة، لدى عينة تكونت من (127) طالبا وطالبة، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط لصورة الأم بين النمط المتسلط والمتسامح (0,38 -) وبين النمط الحازم والمتسلط (0,48 −) وهي معاملات دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \geq$ 0,005)، أما صورة الأب فقد بلغت قيمة معامل الإرتباط بين النمط المتساهل والمتسلط (−0,50)، كما بلغت قيمة معامل الإرتباط بين النمط الحازم والمتسلط (−0,52)، وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ 0,005)، أما النمط الحازم والنمط المتساهل، فلم يتبين وجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بينهما، مما يدلل على تحقق الصدق التمييزي للمقياس، كما قام بوري (1991) بالتحقق

من ثبات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا(α) إذ تراوحت قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي ما بين(0.77-0.97) وهي قيم مقبولة.

صدق الصورة المعربة للمقياس

وللتحقق من صدق المقياس المعرب قام الشريفين (2008) بترجمة المقياس بصورته الأصلية إلى اللغة العربية، وتم التأكد من صدق الترجمة بعرضه على متخصصين في اللغة الإنجليزية، وتعديله بناءا على ملاحظاتهم، كما تم عرض المقياس بصورته الأولية على تسعة محكمين من المتخصصين في مجال علم النفس الإرشادي، وعلم النفس التربوي، والقياس والتقويم، والتربية الخاصة في جامعة اليرموك؛ حيث تم إجراء التعديلات اللازمة وفق ملاحظاتهم وآرائهم، ليبقى المقياس في صورته النهائية مكونا من (30) فقرة، وكما هو في النسخة الأصلية.

وللتأكد من صدق البناء للمقياس قام الشريفين بإيجاد معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس الثلاثة لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك تكونت من (50) طالبا وطالبة، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (صورة الأم) بين النمط المتسامح والمتسلط (0.58-) وبين النمط الحازم والمتسلط (0.54−) وبين النمط الحازم والمتسامح (0.52 -) وكلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.005$)؛ أما بالنسبة لصورة الأب فقد بلغت قيمة معامل الارتباط بين النمط المتسامح والمتسلط (0.42-)، وبين النمط الحازم والمتسلط (0.52-)، وبين النمط الحازم والنمط المتسامح (0,49-)، وكلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,005$) (الشريفين، 2008).

ثبات الصورة المعربة للمقياس

وقد تحقق الشريفين من ثبات مقياس المعاملة الوالدية المكيف على البيئة الأردنية بطريقتين:

1- طريقة معامل الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق؛ إذ قام بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (50) طالباً وطالبة خارج عينة الدراسة، وتمت إعادة تطبيقه بعد أسبوعين، وحساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات في كلا مرات التطبيق، ليجد قيم معاملات ثبات الاستقرار ما بين (0.74–0.86) لصورة الأم، و(0.80–0.92) لصورة الأب، ليدلل ذلك على مناسبة المقياس وتحقيقه لثبات الاستقرار.

2- ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (α) إذ عمل الشريفين على حساب معاملات ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباج ألفاً (α)، حيث بلغت قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي لصورة الأم ما بين (0.84-0.66) فيما بلغ (0.72–0.92) لصورة الأب، الأمر الذي يدلل على تحقيق الأداة لثبات الاتساق الداخلي.

وقد اختصر الجورانة (2010) مقياس أساليب المعاملة الوالدية، وتم اختيار الفقرات للنسخة المختصرة على النحو التالي: طبق الجورانة النسخة المعربة للشريفين (2008) على عينة مكونة من (73) طالبا وطالبة من جامعة اليرموك، وحسبت معاملات الارتباط لفقرات كل بعد في المقياس المصحح، ومن ثم اختيرت أعلى خمس فقرات ارتباطا بالبعد الذي تنتمي إليه، بحيث أصبح المقياس الكلي مكونا من (15) فقرة للأب و(15) فقرة للأم، (5) فقرات لكل نمط من الأنماط الثلاثة، وقد استخدمت الباحثة النسخة المختصرة لمقياس أنماط المعاملة الوالدية الذي اختصره الجوارنة.

صدق وثبات المقياس بصيغته الحالية والمستخدمة في الدراسة

أولا : الصدق

الصدق الظاهري

للتحقق من الصدق الظاهري للمقياس قامت الباحثة بعرض المقياس (كما هو موضح بالملحق (11)) على (9) محكمين من المتخصصين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والقياس والتقويم بجامعة اليرموك، وجامعة البلقاء التطبيقية، والجامعة الأردنية؛ للتحقق من صدق المقياس، ووضوح فقراته ومناسبتها لمجتمع الدراسة، ولم يتم اقتراح أية تعديلات على المقياس.

صدق البناء:

لاستخراج دلالات صدق البناء للمقياس، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (30) نزيلة، واستخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية حيث تم تحليل فقرات المقياس وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات، وقد تراوحت معاملات ارتباط فقرات مجال النمط المتسلط ما بين (0.42- 0.63)، وتراوحت معاملات ارتباط فقرات مجال النمط الحازم ما بين (0.58- 0.74)، كما تراوحت معاملات ارتباط فقرات مجال النمط المتساهل ما بين (0.31- 0.67)، والملحق رقم (12) يوضح ذلك. وتجدر الإشارة أن جميع معاملات الارتباط كانت أكبر من (0.30) ودالة إحصائيا، ولذلك لم يتم حذف أي من هذه الفقرات.

ثانيا : الثبات

حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) نزيلة من غير عينة الدراسة، ومن ثم حساب معامل الاتساق الداخلي لكل مجال من مجالات المقياس الثلاثة بمعادلة

كرونباخ ألفا، فكانت معاملات الاتساق الداخلي على التوالي النمط الحازم (0.85)، النمط المتسلط (0.78)، النمط المتساهل (0.77).

طريقة التصحيح

يتكون المقياس من (30) فقرة أمام كل فقرة (5) خيارات للإجابة تتراوح العلامات عليها بين (1- 5) بحيث تكون أعلى علامة (5) وأدناها (1)، وتصحح الأداة بجمع تقديرات المفحوص لكل الفقرات ال(30)؛ وكلما ارتفعت العلامة على أحد الأنماط دل على أن النمط الأعلى علامة هو السائد لدى هذه الأسرة بحيث تتراوح درجات النمط الواحد ما بين (5-25)، وإذا تساوت الدرجات على نمطين تحذف الاستبانة من ملف البيانات.

خامسا: مقياس مستوى التدين

قامت الباحثة بإعداد مقياس مستوى التدين بعد الاطلاع على ما هو متاح من مقاييس التدين، وقد وجدت أن مقياس التدين للقدرة (2007)، ومقياس التدين للطائي (1985) قد اهتمت بقياس التدين لدى المتعلمين، كما اطلعت الباحثة على مقياس الالتزام الديني إعداد بركات (2006) ومقياس مستوى التدين لأحمد (2009)، ومقياس القيم الإسلامية لعبد الله (1996) ومقياس القيم الإسلامية المعد من قبل محمود (1996)، فوجدتها قد اتصفت بدقة العبارات وطولها حيث لم تجد أي من هذه المقاييس يناسب قياس مستوى التدين لدى النزيلات؛ لذا عملت الباحثة على إعداد مقياس يتصف بالسهولة ويعنى بالأبعاد الأساسية في التدين لدى الأفراد، وهي العقيدة والعبادة، وقد استفادت من المقاييس السابقة واستخدمت بعضا من بنودها، وعدلت على بعضها الآخر، وأضافت بنودا أخرى، وقد بلغت عدد فقرات المقياس في صورته الأولية(18) فقرة والملحق رقم (13) يوضح ذلك.

صدق وثبات مقياس مستوى التدين

أولا : الصدق

الصدق الظاهري

قامت الباحثة بعرض المقياس بصورته الأولية كما هو موضح بالملحق رقم (13) على (12) من المحكمين من المتخصصين والأساتذة الجامعيين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس والقياس والتقويم، وأصول الدين بجامعة اليرموك، وجامعة البلقاء التطبيقية، والجامعة الأردنية؛ لإبداء الرأي فيه من حيث ملائمة العبارات لقياس مستوى التدين، وصياغة العبارات بصورة سلمية، وانتماء الفقرة للمجال، وشطب أو تعديل أو إضافة أي عبارات مناسبة، وفي ضوء أراء السادة المحكمين، قامت الباحثة بتفريغ آراء المحكمين، وحساب تكرارات اتفاقهم على كل عبارة، ليتم تعديل العبارات المتفق على تعديلها، وزيادة فقرات أخرى، وقد احتوى المقياس في صورته النهائية على (22) فقرة، كما هو موضح بالملحق (14).

صدق البناء:

لاستخراج دلالات صدق البناء للمقياس، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (30) نزيلة، واستخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية؛ حيث تم تحليل فقرات المقياس وحساب معامل تمييز كل فقرة من الفقرات، حيث أن معامل التمييز هنا يمثل دلالة صدق بالنسبة لكل فقرة في صورة معامل ارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية من جهة، وبين كل فقرة والمجال الذي تنتمي إليه، وبين كل مجال والدرجة الكلية من جهة أخرى، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.30– 0.81)، ومع المجال (0.32–0.81)، كما هو موضح بالملحق رقم (15)، وتجدر الإشارة أن جميع معاملات الارتباط كانت أكبر من(0.30) وهي دالة إحصائيا، ولذلك لم يتم حذف أي من هذه الفقرات.

ثانيا : الثبات

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) نزيلة من غير عينة الدراسة، ومن ثم حساب معامل ثبات الاتساق الداخلي للمقياس حيث بلغت قيمة معامل الثبات المحسوب بمعادلة كرونباخ ألفا لمجال العقيدة (0.88)، ولمجال العبادات (0.90)، أما للمقياس ككل فبلغ (0.94).

طريقة التصحيح

يتكون المقياس في صورته النهائية من (22) فقرة أمام كل فقرة (5) خيارات للإجابة تتراوح العلامات عليها بين (1− 5) بحيث تكون أعلى علامة (5) وأدناها (1)، وتصحح الأداة بجمع تقديرات المفحوص لكل الفقرات ال(22)، بحيث تتراوح العلامة الكلية بين (22-110).

تفسير الدرجات

تم اعتماد المعيار الاحصائي التالي لتفسير الاستجابات على المقياس وهي كما يلي:

(2.33) فما دون منخفضة التدين، (2.34-3.66) متوسطة التدين، (3.67-5) مرتفعة التدين.

سادسا: بطاقة المعلومات الشخصية:

والتي تتضمن(العمر، مستوى التعليم، الدخل الشهري للنزيلة قبل السجن، الحالة الاجتماعية) والملحق (16) يوضح ذلك.

إجراءات الدراسة

للتوصل إلى نتائج الدراسة قامت الباحثة بالإجراءات التالية:

1. الحصول على كتاب تسهيل مهمة الباحثة من رئاسة جامعة اليرموك.
2. الحصول على الإذن الرسمي من مديرية الأمن العام لتطبيق أدوات الدراسة على العينة الكلية.
3. التأكد من صدق وثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة اللازمة حسب الإجراءات العلمية المتبعة.

4. الاجتماع بالضباط المشرفين على عملية تطبيق مقاييس الدراسة في مركز إصلاح وتأهيل النساء، لبيان الهدف من الدراسة، وطريقة الاستجابة على المقاييس المستخدمة.

5. تطبيق مقاييس الدراسة على المشاركات بالدراسة بمساعدة الضباط المسؤولين عن المركز في الجويدة؛ حيث تم استدعاء النزيلات إلى قاعة واسعة داخل المركز على مدار عشرة أيام، بحيث يتم استدعاء النزيلات المقيمات في كل عنبر على حده، وتوضيح الهدف من الدراسة لهن، وطريقة الإجابة على المقاييس، أما الأميات منهن والراغبات بالمشاركة في الدراسة فقد تم الاستعانة بضباط المركز لمساعدتهن في الإجابة.

وجدير بالذكر أن المركز مكون من خمسة عشر عنبرا، المستغل منها اثنا عشرة عنبرا وقت تطبيق الدراسة، ونظرا لأن عنبرين منها غالبية النزيلات فيهن من غير العربيات، فقد تمكنت الباحثة بمساعدة ضباط المركز من تطبيق المقاييس في عشرة أيام بدلا من اثنا عشرة يوما، بواقع من (25-30) نزيلة تقريبا لكل يوم منها.

6. عملت الباحثة على تصحيح الإجابات على مقاييس الدراسة، ثم إدخال البيانات إلى ذاكرة الحاسوب، ومن ثم استخدام البرنامج الإحصائي(SPSS) لتحليل البيانات بالأساليب الإحصائية المناسبة واستخراج النتائج، ومن ثم مناقشتها وتفسيرها.

متغيرات الدراسة

المتغيرات المستقلة

- أساليب المعاملة الوالدية وله 3 مستويات: (المتسلط، الحازم، المتساهل).
- مستوى التدين وله 3 مستويات (منخفضة التدين، متوسطة التدين، مرتفعة التدين).

المتغير التابع:

- مستوى الاضطرابات النفسية.
- المتغيرات الديموغرافية وتتكون من:

- العمر: وله ثلاث مستويات: أقل من 25 سنة، من 26-35 سنة، 36 سنة فأكثر.
- مستوى التعليم وله مستويان: ثانوية عامة فأقل، دبلوم فأكثر.
- مستوى الدخل وله مستويان: أقل من 300 دينار، 301 دينار فأكثر.
- الحالة الاجتماعية ولها 5 مستويات: متزوجة، عزباء، مطلقة، أرملة، منفصلة.

المعالجات الإحصائية

بعد عملية جمع البيانات تمت عملية إدخال البيانات ومعالجتها المعالجة الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج ال (SPSS) وذلك من خلال الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسطات الحسابية .
- الانحرافات المعيارية.
- تحليل التباين الرباعي.
- المقارنات البعدية.

الفصل الرابع

عرض النتائج

يتناول هذا الفصل عرضا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة، والهادفة إلى الكشف عن بعض الاضطرابات النفسية المتمثلة ب (القلق العام، الاكتئاب، انضغاط ما بعد الصدمة) وأساليب المعاملة الوالدية، ومستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن في ضوء بعض المتغيرات.

السؤال الاول: ما مستوى الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن.

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، والجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

الاضطراب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
القلق العام	3.20	.336	مرتفع
الاكتئاب	1.52	.571	متوسط
اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة	3.90	.630	مرتفع

يتضح من الجدول (2) أن المتوسط الحسابي للقلق العام قد بلغ (3.20)، ولمقياس بيك للاكتئاب قد بلغ (1.52)، وبلغ المتوسط الحسابي لاضطراب انضغاط ما بعد الصدمة (3.90)؛ حيث تبين أن القلق العام، واضطراب انضغاط ما بعد الصدمة في مستوى مرتفع لدى النزيلات، بينما كان الاكتئاب في مستوى متوسط.

السؤال الثاني: ما أبرز أساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن.

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لأساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، والجدول **رقم (3)** يوضح ذلك.

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

الرتبة	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	حازم	3.14	1.017
2	متسلط	2.63	.936
3	متساهل	2.52	.905

يتضح من الجدول رقم (3) أن المتوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر نزيلات مركز وإصلاح النساء قد تراوحت مابين (2.52-3.14)، حيث جاء الأسلوب الحازم في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (3.14)، تلاه الأسلوب المتسلط بمتوسط حسابي بلغ (2.63)، بينما جاء الأسلوب المتساهل في المرتبة الأخيرة، وبمتوسط حسابي بلغ (2.52)، وبهذا فإن النمط السائد لدى أسر النزيلات كان النمط الحازم.

السؤال الثالث: ما مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن.

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، والجدول **(4)** يوضح ذلك.

جدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

الرتبة	الرقم	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	1	العقيدة	4.03	.783	مرتفع
2	2	العبادات	3.70	.864	مرتفع
		مستوى التدين الكلي	3.84	.806	مرتفع

يتضح من الجدول (4) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت مابين (3.70–4.03)، حيث جاءت العقيدة في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (4.03)، بينما جاءت العبادات في المرتبة الثانية، وبمتوسط حسابي بلغ (3.70)، وبلغ المتوسط الحسابي لمستوى التدين ككل (3.84)، حيث تبين ارتفاع مستوى التدين لدى النزيلات.

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) في مستوى الاضطرابات النفسية ممثلة ب (القلق، الاكتئاب، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة) لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستويات الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية، والجداول التالية توضح ذلك:

أولا: القلق العام

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب القلق العام لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية، والجدول رقم (5) يوضح تلك المتوسطات.

جدول رقم (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب القلق العام لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
العمر	25-18	3.27	.311	111
	35-26	3.17	.299	75
	36 سنة فأكثر	3.10	.387	66
المؤهل العلمي	الثانوية العامة فأقل	3.22	.341	151
	دبلوم فاكثر	3.16	.325	101
الدخل الشهري	300 دينار فأقل	3.22	.346	168
	301 دينار فأكثر	3.14	.310	84
الحالة الاجتماعية	متزوجة	3.23	.331	84
	عزباء	3.18	.316	80
	منفصلة	3.10	.329	30
	ارملة	3.13	.302	32
	مطلقة	3.31	.425	26
الكلي/ المجموع		3.20	.336	252

يوضح الجدول (5) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب القلق العام لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن بسبب اختلاف فئات متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الرباعي كما هو في الجدول (6).

جدول رقم (6)

تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مستوى القلق العام لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر	1.498	2	.749	7.113	.001
المؤهل العلمي	.015	1	.015	.138	.710
الدخل الشهري	.145	1	.145	1.382	.241
الحالة الاجتماعية	1.058	4	.264	2.512	.042
الخطأ	25.586	243	.105		
الكلي	28.300	251			

يتبين من الجدول (6) الآتي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر العمر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المؤهل العلمي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الدخل الشهري.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية.

ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شفيه كما هو مبين في الجدول (7).

جدول (7)

المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر العمر

الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	25-18	35-26	36 فأكثر
25-18	3.27			
35-26	3.17	.11		
36 فأكثر	3.10	*.17	.07	

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

ويتضح من الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين فئتي العمر(18-25) و(36) سنة فأكثر، وجاءت الفروق لصالح فئة العمر(18-25).

ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شفيه كما هو مبين في الجدول (8).

جدول (8)

المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر الحالة الاجتماعية

	المتوسط الحسابي	متزوجة	عزباء	منفصلة	ارملة	مطلقة
متزوجة	3.23					
عزباء	3.18	.05				
منفصلة	3.10	.13	.08			
ارملة	3.13	.10	.05	.03		
مطلقة	3.31	.08	.13	*.21	.17	

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

يتضح من الجدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين فئتي منفصلة ومطلقة، وجاءت الفروق لصالح فئة مطلقة.

ثانيا: مقياس بيك للاكتئاب

تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الاكتئاب لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية، والجدول (9) يوضح تلك المتوسطات.

جدول رقم (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاكتئاب لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
العمر	25-18	1.51	.579	111
	35-26	1.64	.507	75
	36 فأكثر	1.41	.608	66
المؤهل العلمي	الثانوية العامة فأقل	1.65	.516	151
	دبلوم	1.34	.599	101
الدخل الشهري	300 فأكثر	1.54	.549	168
	300 فأقل	1.48	.613	84
الحالة الاجتماعية	متزوجة	1.54	.530	84
	عزباء	1.51	.601	80
	منفصلة	1.33	.423	30
	ارملة	1.53	.677	32
	المجموع	**1.52**	**.571**	**252**

يتضح من الجدول (9) أن هنالك تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الاكتئاب لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، بسبب اختلاف فئات متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الرباعي كما هو بالجدول (10).

جدول رقم (10)

تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مستوى الاكتئاب لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر	.671	2	.335	1.109	.332
المؤهل العلمي	3.935	1	3.935	13.008	.000
الدخل الشهري	.070	1	.070	.232	.630
الحالة الاجتماعية	1.608	4	.402	1.329	.260
الخطأ	73.505	243	.302		
الكلي	**81.778**	**251**			

يتضح من الجدول رقم (10) الآتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$ تعزى لأثر العمر.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$ تعزى لأثر المؤهل العلمي وجاءت الفروق لصالح فئة ثانوية عامة فأقل.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$ تعزى لأثر الدخل الشهري.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$ تعزى لأثر الحالة الاجتماعية.

ثالثا: اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة

تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية كما هو موضح بالجدول(11).

جدول رقم (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
العمر	25-18	3.94	.573	111
	35-26	3.94	.649	75
	36 فأكثر	3.81	.695	66
المؤهل العلمي	الثانوية العامة فأقل	4.01	.579	151
	دبلوم	3.74	.670	101
الدخل الشهري	300 دينار فأقل	4.01	.582	168
	300 دينارفاكثر	3.70	.675	84
الحالة الاجتماعية	متزوجة	3.97	.660	84
	عزباء	3.89	.605	80
	منفصلة	3.72	.465	30
	ارملة	3.70	.792	32
	مطلقة	4.18	.403	26
المجموع		**3.90**	**.630**	**252**

يتضح من الجدول (11) وجود تباين ظاهري في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية، تم استخدام تحليل التباين الرباعي كما هو موضح بالجدول (12).

جدول رقم (12)

تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مستوى اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر	.516	2	.258	.714	.491
المؤهل العلمي	.769	1	.769	2.128	.146
الدخل الشهري	3.249	1	3.249	8.986	.003
الحالة الاجتماعية	4.305	4	1.076	2.977	.020
الخطأ	87.850	243	.362		
الكلي	**99.567**	**251**			

يتضح من الجدول (12) الآتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر العمر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المؤهل العلمي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الدخل الشهري، وجاءت الفروق لصالح فئة الدخل (300) دينار فما دون.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية.

ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شفيه كما هو مبين في الجدول (13).

جدول (13)

المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر الحالة الاجتماعية

	المتوسط الحسابي	متزوجة	عزباء	منفصلة	ارملة	مطلقة
متزوجة	3.97					
عزباء	3.89	.08				
منفصلة	3.72	.25				
ارملة	3.70	.27	.19	.02		
مطلقة	4.18	.21	.29	.46	***.48**	

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

يتضح من الجدول (13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين فئتي أرملة ومطلقة وجاءت الفروق لصالح فئة مطلقة.

السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية، والجدول رقم (14) يوضح ذلك.

جدول (14)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية

	العمر		العقيدة	العبادات	مستوى التدين
العمر	25-18	س	4.01	3.69	3.82
		ع	.760	.852	.794
	35-26	س	3.98	3.69	3.81
		ع	.773	.820	.769
	36 فأكثر	س	4.13	3.72	3.89
		ع	.834	.941	.874
المؤهل العلمي	الثانوية العامة فأقل	س	4.21	3.87	4.01
		ع	.727	.846	.769
	دبلوم	س	3.77	3.44	3.58
		ع	.796	.828	.795
الدخل الشهري	300 فأقل	س	4.20	3.88	4.01
		ع	.723	.782	.726
	300 فأكثر	س	3.69	3.33	3.48
		ع	.791	.905	.842
الحالة الاجتماعية	متزوجة	س	4.18	3.85	3.98
		ع	.738	.730	.693
	عزباء	س	3.89	3.53	3.68
		ع	.703	.906	.808
	منفصلة	س	3.91	3.59	3.72
		ع	.777	.803	.780
	ارملة	س	3.83	3.57	3.68
		ع	.973	1.008	.966
	مطلقة	س	4.38	4.02	4.17
		ع	.762	.896	.823

س= المتوسط الحسابي ع = الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (14) وجود تباين ظاهري في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، بسبب اختلاف فئات متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية، تم استخدام تحليل التباين الرباعي المتعدد على المجالات، كما هو موضح بالجدول (15).

جدول (15)

تحليل التباين الرباعي المتعدد لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مجالات مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر	العقيدة	1.626	2	.813	1.560	.212
ويلكس=975. ح=181.	العبادات	.314	2	.157	.238	.788
المؤهل العلمي	العقيدة	3.851	1	3.851	7.387	.007
هوتلنج=031. ح=025.	العبادات	2.980	1	2.980	4.531	.034
الدخل الشهري	العقيدة	8.778	1	8.778	16.837	.000
هوتلنج=073. ح=000.	العبادات	10.424	1	10.424	15.849	.000
الحالة الاجتماعية	العقيدة	4.846	4	1.211	2.324	.057
ويلكس=956. ح=210.	العبادات	5.092	4	1.273	1.936	.105
الخطأ	العقيدة	126.685	243	.521		
	العبادات	159.824	243	.658		
الكلي	العقيدة	154.003	251			
	العبادات	187.160	251			

يتضح من الجدول (15) الآتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر العمر في العقيدة والعبادات.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المؤهل العلمي في العقيدة والعبادات وجاءت الفروق لصالح ثانوية فأقل.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الدخل الشهري في العقيدة والعبادات وجاءت الفروق لصالح فئة الدخل 300 دينار فأقل.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية في العقيدة والعبادات.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الرباعي المتعدد كما هو موضح بالجدول (16).

جدول (16)

تحليل التباين الرباعي المتعدد لأثر العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية على مستوى التدين الكلي لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر	.696	2	.348	.622	.538
المؤهل العلمي	3.323	1	3.323	5.943	.015
الدخل الشهري	9.734	1	9.734	17.408	.000
الحالة الاجتماعية	4.920	4	1.230	2.200	.070
الخطأ	135.872	243	.559		
الكلي	162.957	251			

يتضح من الجدول (16) الآتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر العمر.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المؤهل العلمي، وجاءت الفروق لصالح ثانوية عامة فأقل.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الدخل الشهري، وجاءت الفروق لصالح فئة الدخل (300) دينار فأقل.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية.

السؤال السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي ، الدخل الشهري ، الحالة الاجتماعية)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية، والجدول رقم (17) يوضح ذلك.

جدول (17)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن حسب متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية

	العمر		متسلط	حازم	متساهل
العمر	18-25	س	2.64	3.01	2.50
		ع	.946	1.030	.925
	26-35	س	2.59	3.19	2.48
		ع	.937	1.089	.983
	36 فأكثر	س	2.65	3.30	2.60
		ع	.930	.890	.779
المؤهل العلمي	الثانوية العامة فأقل	س	2.72	3.26	2.48
		ع	.915	.963	.856
	دبلوم	س	2.50	2.96	2.58
		ع	.955	1.072	.975
الدخل الشهري	300 فأقل	س	2.63	3.21	2.44
		ع	.884	1.032	.883
	301 فأكثر	س	2.63	2.98	2.69
		ع	1.036	.974	.931
الحالة الاجتماعية	متزوجة	س	2.86	3.05	2.24
		ع	1.034	1.029	.681
	عزباء	س	2.58	3.21	2.69
		ع	.978	1.089	1.125
	منفصلة	س	2.39	3.29	2.52
		ع	.604	1.019	.900
	ارملة	س	2.65	2.94	2.73
		ع	.752	1.030	.930
	مطلقة	س	2.29	3.26	2.64
		ع	.845	.677	.501

س= المتوسط الحسابي ع=الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (17) وجود تباين ظاهري في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، بسبب اختلاف فئات متغيرات العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الرباعي على المجالات كما هو موضح بالجدول (18).

جدول (18)

تحليل التباين الرباعي لأثر العمر، المستوى التعليمي ، الدخل الشهري ، الحالة الاجتماعية على أساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
العمر	متسلط	.580	2	.290	.342	.711
	حازم	6.000	2	3.000	3.002	.052
	متساهل	1.315	2	.658	.834	.435
المؤهل العلمي	متسلط	3.999	1	3.999	4.716	.031
	حازم	3.501	1	3.501	3.504	.062
	متساهل	.133	1	.133	.169	.682
الدخل الشهري	متسلط	1.197	1	1.197	1.412	.236
	حازم	2.258	1	2.258	2.260	.134
	متساهل	2.048	1	2.048	2.599	.108
الحالة الاجتماعية	متسلط	9.575	4	2.394	2.823	.026
	حازم	5.710	4	1.427	1.429	.225
	متساهل	10.269	4	2.567	3.258	.013
الخطأ	متسلط	206.041	243	.848		
	حازم	242.809	243	.999		
	متساهل	191.479	243	.788		
الكلي	متسلط	219.668	251			
	حازم	259.479	251			
	متساهل	205.723	251			

يتضح من الجدول (18) الآتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر العمر في جميع الأساليب.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المؤهل العلمي في الأسلوب المتسلط، وجاءت الفروق لصالح فئة ثانوية عامة فأقل، بينما لم تظهر فروق في باقي الأساليب.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الدخل الشهري في جميع الأساليب.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية في الأسلوبين المتسلط والمتساهل. ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شفيه كما هو مبين بالجدول(19)

جدول (19)

المقارنات البعدية بطريقة شفيه لأثر الحالة الاجتماعية

		المتوسط الحسابي	متزوجة	عزباء	منفصلة	أرملة	مطلقة
متسلط	متزوجة	2.86					
	عزباء	2.58	.28				
	منفصلة	2.39	.47	.19			
	ارملة	2.65	.21	.06	.26		
	مطلقة	2.29	*.57	.30	.10	.36	
متساهل	متزوجة	2.24					
	عزباء	2.69	*.45				
	منفصلة	2.52	.28	.16			
	ارملة	2.73	.49	.05	.21		
	مطلقة	2.64	.40	.04	.12	.09	

* دالة عند مستوى الدلالة دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

يتضح من الجدول (19) التالي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين فئتي متزوجة ومطلقة، وجاءت الفروق لصالح فئة متزوجة في الأسلوب المتسلط.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين فئتي متزوجة وعزباء، وجاءت الفروق لصالح فئة عزباء في الأسلوب المتساهل.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة، والتوصيات المنبثقة عنها.

أولا: مناقشة نتائج السؤال الأول: ما مستوى الاضطرابات النفسية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن؟

أشارت النتائج إلى ارتفاع مستوى اضطرابي القلق وانضغاط ما بعد الصدمة لدى النزيلات فالقلق أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا، ويشيع بين الإناث بشكل أكبر منه لدى الذكور(أبو صايمة،1995)، ويؤكد هذه النتيجة أن الأفراد من ذوي سمة القلق العالية لديهم استعداد عال للاضطرابات النفسية (Kilmann & Aurbach,1974)، وقد يعود السبب في هذه النتيجة إلى أن المجتمع الأردني بشكل خاص والمجتمعات الإنسانية بشكل عام لا تستسيغ للمرأة دخولها السجن، وهي إذ تربت على هذه الأفكار والمعتقدات فإنها لا تحتمل فكرة دخولها السجن وتعتبرها خبرة صادمة تفوق قدراتها؛ وبالتالي معاناتها الاضطراب، كما أن معاناة المرأة جراء دخولها السجن خبرة تجر معها الكثير من التغييرات السلبية في حياة المرأة، فغالبا ما تتخلى الأسرة عن المرأة السجينة، وقد تفقد الزوج والأولاد حال كونها متزوجة، على خلاف ما يحدث مع الرجل، الذي قلما تتخلى عنه الأسرة، ويضعها في دائرة من القلق والحيرة والارتباك والخوف من المجهول.

والدراسة بذلك تتفق مع معظم الدراسات السابقة التي كشفت عن ارتفاع مستوى الاضطرابات النفسية لدى النزيلات كدراسة جوردان وآخرون (Jordan et al, 1996)، ودراسة برندد وآخرون (Brinded et al, 2001) وشون وآخرون (Shaun et al, 2001)، و (جرجيس،2003)،

وبتلر وآخرون (Butler et al, 2011) ، وبتلر وألنت (Butler & Allnutt, 2003)،وواتكزك وآخرون (Watzke et al, 2006)، ودراسة تاي وميلون (Tye & Mullen, 2006).

كما كشفت نتائج الدراسة عن مستوى متوسط لاضطراب الاكتئاب، حيث أن نسبة الاكتئاب من بين الأمراض النفسية تبلغ (20-30%)(السبيعي،2004)، كما أن القلق والاكتئاب يشتركان في العديد من الأعراض(اليماني،2004)، لذا كان وجود الاكتئاب بين النزيلات أمرا متوقعا.

والدراسة بذلك تخالف جزئيا نظيراتها من الدراسات الغربية التي كان الاكتئاب يحتل في نتائجها المرتبة الأولى بين الاضطرابات النفسية كدراسة تاي وميلون (Tye & Mullen, 2006)، ودراسة مارزونا وآخرون (Marzano et al, 2010)، كما تتفق مع دراسات كل من برندد وآخرون (Brinded et al,2001) ، وبتلر وألنت (Butler & Allnutt,2003)، والتي جاء الاكتئاب فيها بالمرتبة الثانية.

وربما يعلل ذلك بنتائج السؤال الثالث الذي تبين منه ارتفاع مستوى التدين لدى النزيلات؛ حيث أن ارتفاع مستوى التدين قد يكون حائلا دون شعور النزيلات باللا جدوى من الحياة، أو فقدان الحياة لمعناها، أو الأحاسيس المرتبطة بارتفاع مستوى الاكتئاب.

ثانيا: مناقشة نتائج السؤال الثاني: ما أبرز أساليب المعاملة الوالدية السائدة لدى أسر نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن.

كشفت الدراسة عن أن نمط المعاملة الوالدية السائد لدى أسر النزيلات من وجهة نظرهن كان النمط الحازم؛ وربما يعود ذلك للثقافة المجتمعية المحافظة السائدة في مجتمعنا، والتي دأبت على تربية البنت وسط تحفظ على تصرفاتها، فتميل الأسرة إلى الحزم في معاملتها من باب الحفاظ عليها وخشية أن تنالها ألسنة السوء في جميع مراحل حياتها، إلى أن يصبح ذلك جزءا من كيانها تتعامل به المرأة

حتى في تربيتها هي لبناتها مستقبلا، ونتائج هذه الدراسة بذلك تخالف دراسات كلٍ من الحجاج (1998)، وكبمن وآخرون (Chipman, et al, 2000) ودراسة آشر(Asher,2006)، و(المومني، 2006)، وأوكرودودو (Okorodudu,2010)،والتي ارتبط فيها الجنوح بأسلوب المعاملة الوالدية المتسلط والمتساهل، وربما يعود ذلك إلى أن معظم مجتمعنا الأردني مجتمع متعلم ارتفع به مستوى التعليم ليتعامل مع المرأة بدرجة من الحزم، مع ترك مساحة من الحرية لها في التعامل، ولا يتناقض هذا مع كونها ضلت الطريق لينتهي بها المطاف في السجن؛ فالفرد في لحظة ضعف أو ضيق قد يرتكب فعلا مخالفا يتناسب مع طبيعته البشرية الخطّائة، كما جاء في المرتبة الثانية نمط المعاملة الوالدية المتسلط يليه النمط المتساهل بفارق لا يتجاوز(0.11).

وقد جاء الأسلوب المتساهل في المرتبة الأخيرة وربما يعود ذلك إلى أن كون مجتمعنا الأردني مجتمع محافظ حتى وإن أعطى المرأة مساحة من الحرية، فهو لن يتعامل معها بتساهل إلا كنتيجة لاختلاف طبائع البشر؛ حيث أن منهم من يكون متساهلا بطبعه أو سلبيا في التعامل مع الأحداث والأمور.

ثالثا: مناقشة نتائج السؤال الثالث: ما مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن؟

كذلك كشفت نتائج الدراسة عن ارتفاع مستوى التدين لدى النزيلات في مجاليه العقيدة والعبادات، إلا أن مجال العقيدة كان في المرتبة الأولى، وربما يعلل ذلك بتمسك مجتمعنا الأردني بقيمه الدينية، كما أن فترة السجن وما تعانيه النزيلة من وحدة وعزلة، قد يكون حافزا للنزيلة لزيادة تمسكها بعقيدتها والتزامها بعباداتها؛ حيث لا تجد ملجأً في كثير من الأحيان (نتيجة تخلي المجتمع عنها) إلا لجوئها لله عز وجل، فتزداد قربا منه وخضوعا لأحكامه، وهذه النتيجة تخالف دراسات كل من كلير

وسومتر Clear)& Sumter (2002 ,، ولونزاك وآخرون(Lonczak et al, 2006) ودراسة آلن وآخرون (Allen(et al,2007، وميرزماني(Mirzamani,2011)، ودراسة إتيان (Eytan ,2011) والتي تبين منها العلاقة العكسية ما بين ارتفاع مستوى التدين وارتفاع مستوى الاضطرابات النفسية، وتتفق جزئيا مع دراسة كيرلي وآخرون Kerley)(et al, 2012 ، والتي تبين منها عدم وجود علاقة دالة ما بين ارتفاع مستوى التدين وانخفاض مستوى الاضطرابات النفسية.

رابعا: مناقشة نتائج السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الاضطرابات النفسية ممثلة ب (القلق، الاكتئاب، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة) لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطرابي القلق وانضغاط ما بعد الصدمة يعزى لأثر الحالة الاجتماعية بين فئتي منفصلة ومطلقة من جهة، وأرملة ومطلقة من جهة أخرى لصالح فئة مطلقة في الحالتين، وربما يعود ذلك إلى الظروف التي تعانيها المطلقة في مجتمعنا، والوصمة التي يصبغها المجتمع بها، فهي وإن مارست أي نشاط عادي مستساغ لمثيلاتها من النساء غير المطلقات لم يجزه المجتمع لها، وعدها متمردة على القوانين التي فرضها عليها، فهي زيادة على الحرمان العاطفي والألم النفسي الذي تعاني منه نتيجة لخبرة الطلاق، فهي تواجه الندم واللوم والعزل أحيانا من قبل بعض أفراد المجتمع؛ ما ينتج عنه القلق والاضطراب، فإذا ما تبع ذلك الفعل المخالف والسجن فانضغاط ما بعد الصدمة نتيجة متوقعة.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتيجة دراسة جنتر وآخرون (Gunter et al, 2008)، والتي تبين منها أن غالبية من يعانون الاضطرابات النفسية في السجن كانوا مطلقين أو عزاب، كما تخالف دراسة

كل ريشرت وآخرون (Reichert et al, 2010)، ودراسة بيرمان (Berman, 2012)، والتي تبين منها أن غالبية النزيلات المضطربات كن عزباوات، وربما يعود ذلك إلى أن الدراسة الحالية أجريت على المجتمع الأردني الذي يشكل فيه الزواج النهاية الطبيعية والمرغوبة لأي فتاة، على خلاف بعض المجتمعات التي لا تشكل لها رابطة الأسرة أهمية كبرى.

كما تبين نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب القلق تعزى لمتغير العمر بين فئتي (18-25) سنة و(36) سنة فأكثر لصالح فئة (18 -25) سنة، وربما يعود ذلك إلى أن الأفراد في هذه المرحلة العمرية كثيرا ما يميلون إلى الطيش والتصرف باندفاعية، وربما لا يحكمون العقل في كثير من تصرفاتهم، وقد يكون هذا نتاجا لما يشعرون به من قلق وحيرة فقد لا يكون السجن هو السبب الرئيسي لقلقهم لكنه بلا شك معزز قوي لوجود القلق لديهم، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع التقرير الخاص الذي نشرته وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice, 2006) حول الصحة العقلية في السجون الأمريكية ومع دراسة بيرمان (Berman, 2012)؛ كما تخالف جزئيا دراسة جلب (Gelb, 2003)، ودراسة دوغلاس (Douglas, 2000)، ودراسة كيرتن وآخرون(Curtin et al, 2009) ودراسة جنتر وآخرون(Gunter et al, 2008)، ودراسة ريشرت وآخرون (Reichert et al,2010) والتي تراوحت أعمار الذي يعانون الاضطرابات فيها ما بين (29 و39) سنة، وربما يعود سبب ذلك إلى تركيبة المجتمع الأردني الذي تغلب عليه فئة الشباب خلافا للمجتمعات الغربية نتيجة قلة أعداد المواليد لديهم مقارنة بالأردن.

كما تبين نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الاكتئاب تعزى لأثر المؤهل العلمي لصالح فئة ثانوية عامة فأقل، وتعتبر الباحثة هذه النتيجة نتيجة منطقية، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للفرد ازداد مستوى الوعي لديه، وازدادت خبراته الحياتية، وكثر

اختلاطه بالأفراد من حوله؛ ما يتوقع معه ازدياد مستوى الصحة النفسية لديه وبعده عن الاضطراب، إضافة إلى أن ارتفاع المستوى التعليمي يرافقه في كثير من الأحيان ارتفاع في شعور الفرد بالأهمية، وتحقيقه لذاته، ووعيه بطرق الخروج من الأزمات النفسية؛ وبالتالي تعد هذه أسبابا وجيهة لبعده عن الاضطرابات، وتتفق نتائج هذه الدراسة بذلك مع دراسة كل من ادواردز (Edwards, 2000) ودوغلاس (Douglas, 2000) وكيرتن وآخرون (Curtin et al , 2009)، وريشرت وآخرون (Reichert et al,2010) وبيرمان (Berman,2012).

إضافة لذلك تبين نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة تعزى لأثر الدخل الشهري لصالح فئة (300) دينار فأقل، وتعلل الباحثة سبب هذه النتيجة بأن الأفراد من ذوي الدخل المنخفض قد يكونون أكثر ميلا للاضطراب نتيجة حالة الحرمان التي يعيشونها ماديا ونفسيا إذ كثيرا ما ينبذ المجتمع الفقير، وينظر إليه نظرة دونية؛ فيكون الفرد أقل ثقة بنفسه، وأقل قدرة على مواجهة الأزمات التي تعترضه، ولا شك أن حادثة دخول السجن أزمة صادمة تزداد حدتها مع الفقر، خاصة لمن لم يتوقع يوما أن يكون بين فئة المساجين، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات كل من كيرتن وآخرون (Curtin et al , 2009) والتقرير الخاص الذي نشرته وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice, 2006)) وريشرت وآخرون، (Reichert et al, 2010) وجارسيا كادينا وآخرون (Garcia Cadena et al, 2012) ،والتي تبين منها أن غالبية المضطربين من النزلاء كانوا من ذوي الدخل المنخفض.

خامسا: مناقشة نتائج السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في مستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين على الأداة ككل، وعلى مجالي الأداة تعزى لأثر المؤهل العلمي والدخل الشهري لصالح فئة ثانوية عامة فأقل، وفئة (300) دينار فأقل على التوالي، ولم توجد فروق ذات دلالة تعزى لأثر المتغيرات الديموغرافية الأخرى المستخدمة في الدراسة، وربما يعود ذلك إلى ارتباط مستوى التعليم المتدني بالدخل المتدني، كما أن الأشخاص من ذوي الدخل والتعليم المتدني يميلون أكثر من غيرهم إلى التمسك بقيم الآباء والأجداد نتيجة قلة اطلاعهم مقارنة بالأغنياء، ولاشك أن المجتمع الأردني مجتمع مسلم تربى أفراده على القيم والمبادىء الدينية؛ كما قد يعود ارتفاع مستوى التدين بين فئة الدخل (300) دينار فأقل إلى أن الفقراء لا يمتلكون الكثير من المغريات الحياتية التي قد تنأى بهم عن التدين، كما لا تتوافر لديهم الحيل المختلفة للخروج من الأزمات شأن الأغنياء، فربما يكون ذلك حافزا لهم للتمسك بعقيدتهم والتزامهم بالعبادة. والدراسة بذلك تتفق مع دراسة كل من ادواردز (Edwards, 2000) وكيرتن وآخرون (Curtin et al, 2009)، والتي تبين منها انخفاض المستوى التعليمي ومستوى الدخل لدى النزيلات ، كما اتفقت جزئيا مع دراسات كل من وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice,2006) وجارسيا كادينا وآخرون (Garcia Cadena et al, 2012) ودوغلاس (Douglas, 2000) وبيرمان (Berman , 2012).

سادسا: مناقشة نتائج السؤال السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) بين أساليب المعاملة الوالدية لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية)؟

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المؤهل العلمي في الأسلوب المتسلط لصالح فئة ثانوية عامة فأقل، وربما يعود ذلك إلى أن ارتفاع مستوى التعليم يكون حافزاً للفرد نحو مزيد من الثقة والحرية بمن حوله، وعلى العكس من ذلك تكون نتيجة انخفاض مستوى التعليم التسلط والميل إلى إنكار الآخرين وتجاهلهم، وهي بذلك تتفق مع دراسة الحجاج (1998).

كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لأثر الحالة الاجتماعية بين فئة متزوجة ومطلقة، لصالح فئة مطلقة في الأسلوب المتسلط، وبين فئتي متزوجة وعزباء في الأسلوب المتساهل لصالح فئة عزباء، فيما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر كل من العمر والدخل الشهري على الأساليب الثلاثة، وربما يعود ذلك إلى ما سبق نقاشه من معاملة المجتمع القاسية للمطلقة وتعد الأسرة خير ممثل لتلك المعاملة من خلال استخدامها الأسلوب المتسلط في التعامل معها.

التوصيات

- توفير الموارد البشرية والمادية للتمكن من توفير الخدمات النفسية في مراكز الإصلاح والتأهيل، وذلك من خلال وجود مرشد أساسي لكل عدد من النزلاء؛ من أجل تنمية المهارات التكيفية لمواجهة الضغوط الناجمة عن الحياة بشكل عام، وبيئة السجن بشكل خاص.
- زيادة الاهتمام بالأنشطة المختلفة داخل المركز (كالرياضة، المسابقات الثقافية، الندوات والمحاضرات) بهدف تنمية الجوانب الإيجابية والإبداعية لدى النزيلات.
- وضع برامج للكشف المبكر عن أعراض الاضطرابات النفسية لدى النزيلات.
- ضرورة قيام الأسرة بدورها الفاعل في تربية أبنائها، وتحقيق الأمن والطمأنينة لهم، وإشباع حاجاتهم المادية والنفسية، وتغذية نفوسهم بالإيمان، والعدل والمساواة فيما بينهم؛ مما يحقق لهم أكبر قدر ممكن من الحماية والرعاية والبعد عن الانحراف.
- التثقيف الذاتي للأفراد وذلك باطلاعهم على أعراض الاكتئاب والقلق بوصفهما أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا.

المراجع

أ- المراجع العربية

إبراهيم، عبد الستار (2008). *الاكتئاب والكدر النفسي: فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي – نفسي* (الطبعة الثانية). القاهرة: دار الكاتب.

ابن قيم الجوزية، محمد بن أبي بكر.(1999). *إغاثة اللهفان من مصائد الشيطان*. بيروت: دار ابن زيدون.

ابن منظور. (1990). *لسان العرب*. بيروت: دار لسان العرب.

أبو حجلة، نظام. (1990). *الطب النفسي الحديث*. لبنان: دار العلم للملايين.

أحمد، إسماعيل. (2009). *الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى*. رسالة ماجستير منشورة الكترونيا، الجامعة الإسلامية، غزة.

أحمد، زكريا توفيق. (1999). العلاقة بين مستوى التدين وإشباع الحاجات النفسية عند طلاب الجامعة بمدينة الإسماعيلية. *مجلة كلية التربية*، *23*(3)، 59–89 .

الأشول، عادل. (1979). *علم النفس الاجتماعي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أبو صايمة، عايدة عبد الله. (1995). *القلق والتحصيل الدراسي: دراسة نقدية لأثر القلق على التحصيل*. عمان: المركز العربي للخدمات الطلابية.

الأنصاري، بدر. (2004). القلق لدى الشباب في الوطن العربي: دراسة ثقافية مقارنة. *مجلة دراسات نفسية*، *14*(3) 99–112.

الببلاوي، فيولا. (1987). *مقياس القلق للأطفال (كراسة التعليمات)*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بركات، زياد. (2006). الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. *مجلة جامعة الخليل للبحوث*،(212)، 110-139.

البشر، سعاد عبدالله والقشعان، حمود. (2007). إدراك الأبناء السلبي للمعاملة الوالدية وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب. *مجلة العلوم الاجتماعية، 35* (3)، 41-63.

بشري، صمويل تامر. (2007). *الاكتئاب العلاج بالواقع*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بيشاي، جيمي. (1998). هل يمكن قياس قلق الموت. *الثقافية النفسية المتخصصة، 33* (9)، 47-52.

بيرت، سيرل. (1995). *علم النفس الديني* (الطبعة الثانية)(سمير عبده، مترجم). بيروت: دار الآفاق الجديدة.

التركي، مصطفى. (1997). *سجون النساء* (الطبعة الأولى). الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

الجبوري، كاظم. (1991). أثر التناثر الإدراكي على تغيير اتجاهات الطلبة نحو الآخرين على وفق أساليب المعاملة الوالدية. رسالة ماجستير غير منشورة. العراق، الجامعة المستنصرية.

جرجيس، مؤيد إسماعيل. (2003). دراسة مقارنة في أعراض السيكوباثية لدى نزلاء(السجن والإصلاحية) والعاديين. *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، 1*(3)، 87-111.

جمعية الطب النفسي الأمريكية. (2004). *مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية(تيسير حسون ، مترجم).*

الجوارنة، أحمد. (2010). *أنماط المعاملة الوالدية وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية وقلق السمة لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك، الأردن.

الحجاج، محمدعبدالله. (1998). *أنماط التنشئة الأسرية، المستويات الاجتماعية، الاقتصادية، والثقافية السائدة لدى الأحداث الجانحين في مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك، الأردن.

الحجاوي، عبد الكريم. (2004). موسوعة *الطب النفسي*. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

الحريري، أحمد. (2009). *العلاج النفسي الجنائي* (الطبعة الأولى). بيروت: دار الفارابي.

حمدي، نزيه وأبو حجلة، نظام وأبو طالب، صابر.(1988). البناء العاملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب. *دراسات الجامعة الأردنية، 15*(1)، 30–40.

حمدي، نزيه ونسيمه، داوود. (2000). فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلبة كلية العلوم في الجامعة الأردنية. *دراسات، 14*(27)،44–56.

ديفيد، فونتانا. (1989). *الضغوط النفسية تغلب عليها وابدأ الحياة* (حمدي الفرماوي ورضا ابو سريع، مترجمان). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي دولة الكويت.(2001). *سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية*. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.

الذهبي، محمد حسين. (1975). الدين والتدين. *مجلة البحوث الإسلامية،1*(1)، 50–68.

راجح، أحمد عزت. (1965). *علم النفس الصناعي*. القاهرة: دار النهضة العربية.

ربيع، محمد شحاته. (2000). *الصحة النفسية* (الطبعة الثالثة). القاهرة: مؤسسة الكوثر للطباعة والنشر.

الريماوي، محمد عودة والتل، شادية أحمد والعتوم، عدنان يوسف والبطش، محمد وليد والزغول عماد عبد الرحيم وجبر، فارس حلمي وآخرون. (2004). *علم النفس العام* (الطبعة الأولى). عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الزحيلي، محمد. (2008). *الاعتدال في التدين: فكراً وسلوكا ومنهجاً* (الطبعة الثالثة). ليبيا طرابلس: كلية الدعوة الإسلامية.

الزراد، فيصل. (2005). *العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض*. لبنان: دار العلم للملايين.

الزغول، عماد وطلافحه، فؤاد والمحاميد، شاكر. (2012). أثر استخدام استراتيجية التعريف بالأهداف السلوكية والتدريب على كيفية وضع الأسئلة في خفض قلق الاختبار لدى المتعلمين. *مجلة جامعة دمشق،28* (1)، 393-417.

زهران، حامد عبد السلام. (1978). *علم النفس الاجتماعي* (الطبعة الرابعة). القاهرة: عالم الكتب.

السبيعي، حصة. (2004). *الاكتئاب وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية في ضوء بعض أساليب المعاملة الوالدية كما تدركها البنات*. مكة المكرمة: مركز البحوث التربوية والنفسية في جامعة أم القرى.

سبيلبيرجر، جورستش، لوشين، فاج، وجاكوبز.(1992). *دليل تعليمات قائمة القلق (الحالة والسمة)* أحمد عبد الخالق، مترجم). الاسكندرية: دار نشر الثقافة.

سرحان. وليد والتكريتي، عدنان وحباشه، محمد. (2004). *القلق*. عمان: دار مجدلاوي للنشروالتوزيع.

سرحان، وليد والخطيب، جمال وحباشنه، محمد. (2003). *الاكتئاب*. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

الشاذلي، فتوح. (1993). *علم العقاب*. الإسكندرية: فتوح الشاذلي.

الشربيني، زكريا وصادق، يسرية. (1996). *تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملة ومواجهة المشكلات*. القاهرة: دار الفكر العربي.

الشربيني، لطفي. (2002). معجم *مصطلحات الطب النفسي*. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

الشريفين، أحمد عبد الله. (2008). *قدرة بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية على التنبؤ بالميل للعنف لدى طلبة الجامعات الأردنية*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة اليرموك، الأردن.

شقير، زينب محمود. (1990). أثر التفاعل بين أساليب التنشئة الأسرية على أبعاد الشخصية لدى الفتاة الجامعية. *رسالة الخليج العربي*،(53)،99-134.

الصالح، عبد الرحمن. (1992). *العلاقة بين أساليب التنشئة الأسرية ومستوى السلوك الديني لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الرياض*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.

صالح، قاسم حسين. (2008). *الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها*. عمان: دار دجله.

صحيفة مغرس الالكترونية المغربية.استرجع بتاريخ2013/4/8 من الموقع www.maghress.com/almassae

صحيفة صوت مواطن الأردنية الالكترونية. استرجع بتاريخ 5/25/ 2013 من الموقع Swtmowatn.com/news.php?sid=18&nid=20229

الصنيع، صالح بن ابراهيم. (2005). *التدين والصحة النفسية* (الطبعة الثانية). الرياض: دار الفضيلة.

صوالحي، أحمد. (2012). *مشاهدة الصورة الإعلامية والمعايشة للأحداث خلال الحرب على غزة وعلاقتها باضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات في قطاع غزة*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.

الطائي، نزار. (1985). *مقياس السلوك الديني كراسة التعليمات*. الرياض: شركة الربيعان للنشر والتوزيع.

الطحان، محمد خالد. (1990). دراسة القلق عند الأبناء وكل من الاتجاهات الوالدية على التنشئة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. *مجلة كلية التربية*، *5*(5)، 129-135.

طعيمة، صابرة. (1994). *منهج الإسلام في تربية النشء وحمايته* (الطبعة الأولى). بيروت: دار الجيل.

العامر، فارس علي. (2005). *دروس في علم النفس*. إيران، قم: منشورات لسان الصدق.

عبد الباقي، أحمد وعكاشة، علي وعبد المجيد، عبد الرحمن. (2011). اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين بمعسكرات النازحين بولاية غرب دارفور. *مجلة دراسات إفريقية*، (46)، 241-289.

عبد الخالق، أحمد. (1987). *قلق الموت*. مصر: المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الاداب.

عبدالخالق، أحمد. (1999). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال عرض للدراسات على ستة مجتمعات. *ورقة مقدمة إلى المؤتمر الدولي الأول لطفل الروضة بدولة الكويت* 13-15 أبريل، 1999.

عبد الخالق، أحمد. (2000). *الدراسة التطورية للقلق*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الرحمن، محمد السيد. (1998). *دراسات في الصحة النفسية*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد الرحمن، محمد السيد. (2000). *علم الأمراض النفسية والعقلية*. القاهرة: دار قباء للطباعة وللنشر والتوزيع.

عبد العظيم، طه. (2007). *العلاج النفسي المعرفي*. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

عبد المجيد، سوسن شاكر. (2011). اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية: دراسة ميدانية. *مجلة الفتح* ،(47)، 303-339.

عبد الله، محمد. (2001). *مدخل الى الصحة النفسية*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد الله، عندليب أحمد. (1996). *أثر سماع القرآن الكريم على مستوى الأمن النفسي لطالبات المرحلة الثانوية*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

العتوم، عدنان وعبد الله، عندليب. (1997). أثر سماع القرآن الكريم على الأمن النفسي لدى الطالبات يعزى لمتغير التخصص. *جامعة أم القرى للبحوث، 10*(16)، 122-136.

عثمان، عايد محمد. (2006). آثار ممارسات الاحتلال الإسرائيلي على الصحة النفسية للشعب الفلسطيني. رسالة ماجستير غير منشورة، المركز الفلسطيني للإرشاد.

عزت، دري حسين. (1982). الطب النفسي. الكويت: دار القلم.

العزي، صلاح الدين. (2011). *دور التنشئة الاجتماعية في الحد من السلوك الإجرامي: مدخل نظري ودراسة ميدانية*(الطبعة الأولى). عمان: دار غيداء للنشر والتوزيع.

العقيب، سعد بن مسفر. (2003). التدين والتوافق الاجتماعي لطالب الجامعة: دراسة وصفية على عينة مختارة من طلاب جامعة الملك سعود. *مجلة جامعة الملك سعود،16*(1)،51-99.

عكاشة، أحمد.(2003). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

علي، صبرة وشريف، أشرف.(2004). *الصحة النفسية والتوافق النفسي*. مصر، الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية.

عمار، سليم. (2003). *العلاج النفسي في الإسلام*. استرجع بتاريخ 2013/5/15 من الموقع From: http//WWW.islamset.com/Arabic/apsycho/amar.html

العيسوي، عبد الرحمن. (1990). *باثولوجيا النفس: دراسة الاضطرابات العقلية والنفسية*. مصر، الازاريطة: دار الفكر الجامعي.

غريب، عبد الفتاح. (2000). *مقياس بيك الثاني للاكتئاب*. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

فروم، إريك. (1977). الدين والتحليل النفسي (فؤاد كامل، مترجم). القاهرة: مكتبة غريب.

فرويد، سيجموند. (1982). *قلق في الحضارة* (جورج طرابيشي مترجم)(الطبعة الثالثة). بيروت: دار الطليعة.

فكتور، فرانكل. (1982). *الإنسان يبحث عن معنى: مقدمة في العلاج بالمعنى التسامي بالنفس*. (طلعت منصور، مترجم). الكويت: دار القلم.

الفيومي، محمد ابراهيم. (1985). *القلق الانساني: مصادره وتياراته وعلاج الدين له*. القاهرة: دار الفكر العربي.

القدرة، موسى صبحي. (2007). *الذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقته بالتدين وبعض المتغيرات*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

القدومي، عبد الناصر والحلو، غسان. (2003). اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش معها لدى آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية. مجلة رسالة الخليج العربي، (89)،13-35.

قطب، محمد. (1986). دراسات في النفس الإنسانية (الطبعة السابعة). بيروت: دار الشروق.

كاظم، شروق. (2006). سمة القلق لدى طالبات كلية التربية للبنات. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*،(10)،37-49.

كفافي، علاء الدين. (1999). *الإرشاد والعلاج النفسي الأسري*. القاهرة: دار الفكر العربي.

المحارب، ناصر. (2005). علاقة المعاملة الوالدية القاسية والمناخ المدرسي بالسلوكيات الجامحة لدى طلاب المدارس المتوسطه والثانوية في المملكة العربية السعودية علاقة عامة أو علاقة نوعية. *مجلة دراسات العلوم التربوية، 32*(2)، 285–402.

محمود، حسن. (1996). *العلاقة بين القيم الاسلامية وكل من سمة القلق والقلق الاخلاقي لدى طلبة جامعة اليرموك ومدى تاثرها بعدد من المتغيرات*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

مديرية الأمن العام، إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل.استرجع بتاريخ 2013/5/15 من الموقع www.crc.psd.gov.jo

مرسي، السيد عبد الحميد. (1976). *الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني*. القاهرة: مكتبة الخانجي.

مصطفى،عبد المعطي. (2006). *المناخ الأسري وشخصية الأبناء*. القاهرة: دار القاهرة للنشر والتوزيع.

مكماهون، جلادنيا. (2002). *التكيف مع صدمة الحياة* (رنا نوري، مترجم). الرياض: مكتبة العبيكات. تاريخ النشر الاصلي (2000).

المومني، فواز. (2008). *أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان*. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

المومني، فواز والزغول، رافع. (2011). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الناجين والأسر المتضررة من تفجيرات فنادق عمان الإرهابية. *مجلة البحوث الأمنية*،(50)، 324–370.

المومني، محمد أحمد. (2006). أثر التنشئة الأسرية في الأمن النفسي لدى الأحداث الجانحين في الأردن. *مجلة العلوم التربوية والنفسية، 7* (30)، 132-154.

المومني، محمد والصمادي، أحمد. (1995). أثر الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي في مفهوم الذات ومركز الضبط لدى المعوقين حركيا. *أبحاث اليرموك،11*(2)، 9–51.

موسى، رشاد. (1991). *سيكولوجية الفروق بين الجنسين*. القاهرة: دار الفكر العربي.

موسى، رشاد ومحمود، محمود. (2000). *العلاج الديني للأمراض النفسية: أثر الدعاء كأسلوب إرشادي نفسي في تخفيف حدة بعض الاضطرابات السيكوماتية لدى عينة من طالبات الجامعة الملتزمات دينيا*. القاهرة: دار الفاروق.

النابلسي، محمد. (1991). *الصحة النفسية علم النفس الحروب والكوارث*. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

النابلسي، محمد. (1998). دراسات وإحصائيات في الاكتئاب. *مجلة الثقافة النفسية، 34*(9)، 100-150.

نجاتي، محمد عثمان. (1982). *القرآن وعلم النفس* (الطبعة الثانية). القاهرة: دار الشروق.

النقيب، عبد الرحمن. (1998). *الأصول التربوية لبناء الشخصية المسلمة*. القاهرة: دار الفكر العربي.

النوري، قيس. (1981). *الحضارة الشخصية*. بغداد: دار الكتب للتوزيع والنشر.

اليماني، مريم حسن. (2004). التمييز بين مرضى القلق ومرضى الاكتئاب بوساطة الأعراض الجسمية. *مجلة دراسات نفسية،14*(1)،1–17.

يونس، محمد محمود.(2005). مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة في الجامعة الأردنية. *مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، 32*(3)،581–592.

الوادعي، سعيد بن مسفر. (2004). فقه السجن والسجناء (الطبعة الأولى). الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية .

وجدي، محمد فريد. (1977). *مقدمة المصحف الميسر*. القاهرة: كتاب الشعب.

الوريكات، عايد عواد. (2004)، *نظريات علم الجريمة* (الطبعة الأولى). عمان: دار الشروق.

الوريكات، عايد عواد. (2006). العلاقة بين عقوبة السجن وإعادة التنشئة الاجتماعية للنزلاء. مؤتة للبحوث والدراسات، *21*(3)،107-136.

ب- المراجع الأجنبية

Adler, A.(1964).**Problems of neurosis**.New York: Harper & Raw.

Allen, R., Phillips,L., Roff,L., Cavanaugh,R., & Day,L.(2007). Religiousness, spirituality and mental health among older male inmates. **Oxford Journals Medicine & Social Sciences, 48** (5), 692-697.

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV-TR) ,** ed 4. APA, Washington.

Anderson, K. (2001). Internet use among college students: An exploratory study. **Journal of American College Health, 50**(1), 21- 26.

Asher, J. (2006). **Exploring the relationship between parenting styles and juvenile delinquency**. Doctoral Dissertation, Miami University.

Australian Institute of Health and Welfare .(2012). **The mental health of prison entrants in Australia 2012**. Australia: ministry of Justice.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy. New York: Applton.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. **Organizational Behavior and Human Decision Processes,50** (4), 248-287.

Baumrind, D. (1991). **Effective parenting during the early adolescent transition.** In P.A. Cowan & E. M. Hetherington (Eds.), Advances in family research, (2), 111-163, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A., Rush, A., Shaw, A., Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression: A treatment manual.** New York: Guilford Press.

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Ani inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, **4**,(2),561-572

Berman, G. (2012). **Prison population statistics**. London: House of Commons Library.

Birmingham, L. (2004). Mental disorder and prisons. **Psychiatric Bulletin,8** (11), 393-397.

Brinded, P.,Simpson,A.,Laidlaw,T.,Fairley, N., & Malcolm, F. 2001).Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 5** (2), 166-173.

Brulde, B. (2003). The concept of mental disorder. **Medicine, Health Care and Philosophy**, 3**,** 313**-**325.

Buri , J. (1991) .Parental authority questionnaire (PAQ)Pertaining to mothers. **Journal of Personality Assessment, 57**(1), 110-119.

Butler, T., & Allnutt, S. (2003). **Mental illness among New South Wales prisoners**. Sydney, NSW: Corrections Health Service.

Butler, T., Indig, D., Allnutt, S., & Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. **Drug and Alcohol Review, 30**(2),188-194.

Chipman, S., Olsen, S., Klein, S., Hart, C., & Robinson, C. (2000). Differences in retrospective perceptions of parenting of male and female inmates and non inmates. **Family Relations, 49**(1), 5-11.

Christopher, F & Cricket, M, (2005). An analysis of convicted of crimes in the State of Florida. **Journal of Child Sexual Abuse,14** (1),8-28.

Clear, T., & Sumter, M. (2002). Prisoners, prison, and religion and adjustment to prison. **Journal of Offender Rehabilitation, 35** (3-4), 125-156.

Coolidge, F., Marle, P.,Van Horn, S., & Segal, D. (2011). Clinical syndromes, personality disorders, and neurocognitive differences in male and female inmates. **Behavioral Sciences & The Law, 29**(5), 741-751.

Coleman,J.(1976).**Abnormal psychology and moder Life**.New York:Foresman and Company.

Cramer, K.,&Tiller, V. (2010). **The influence of parenting styles on children's cognitive development**. Publication by the Director of the Louisiana Agricultural Experiment Station. Louisiana State University: AG Center .

Craske, M.,Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What is an anxiety disorder?. **Depression and Anxiety, 26** (12), 1066-1085.

Curtin, K., Wright, B., Monks, S., Duffy, D., & Kennedy, H. (2009). Psychiatric morbidity in male remanded and sentenced committals to Irish prisons. **Irish Journal of Psychological Medicine, 26** (4), 169-181.

DHCC Clinicians Helpline. PostTraumatic Stress Disorder Retrieved in 25-6-2013 from: www.PDHealth.mil.

Díaz, L. (2012). Family and socio-demographic risk factors for psychopath among prison inmates.**The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 4** (2),119-134.

Douglas, B. (2000). Division of correction :Adult female inmates – crime & Demographics .**Adult Female Offenders**,(3),1-8.

Edwards, T. (2000). **Female offenders: Special needs and southern state challenges.** California Southern Office: The Council of State Governments.

Eytan, A.(2011). Religion and mental health during incarceration: A systematic literature review. **Psychiatry Quarterly,82**(2),287–295.

Frude, N. (1998). **Understanding abnormal psychology**. United Kingdom, London : Black Wellpublishers.

García Cadena, C., Moral de la Rubia, J., Frías-Armenta, M., Valdivia, J., & Díaz, H. (2012). Family and socio-demographic risk factors for psychopathy among prison inmates. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 4** (2), 119-134.

Gelb, K. (2003). Women in prison-Why is the rate of incarceration increasing?. **Evaluation on crime and Justice, 2**(2), 33-77.

Gunter, T. D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B., & Black, D. (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 36** (1), 27-34.

Horney, K. (1945).Our inner conflicts. New York:Norton

James, J., & Glaze, L. (2006). **Mental health problems of prison and jail inmates.** Washington, DC: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.

Jordan, B., Schlenger, W., Fairbank, J., & Caddell, J. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: Convicted felons entering prison. **Archives of General Psychiatry, 53** (6),513-519.

Jung, C. (1969). **Psychology and religion: West and east.** Princeton: Princeton University Press.

Kerley, K., Allison, M., & Graham, R.(2012). Investigating the impact of religiosity on emotional and behavioral coping in prison. **Journal of Psychology, 29** (2), 69-93.

Kilmann, R., & Aurbach, M. (1974). Effect of group therapy on trait state anxiety. **Journal of Consulting & Clinical Psychology, 42**(1), 607-612.

Lahey, B. (2001). **Psychology**. Chicago: Mc Graw-Hills.

Lazarus, R. (1984). On the primacy of cognition. **American Psychologist, 39** (2),124-129

Lonczak, H., Clifasefi, S., Marlatt, G., Blume, A., & Donovan, D.(2006). Religious coping and psychological functioning in a correctional population. **Mental Health, Religion & Culture, 9** (2),171-192.

Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M.,et al. (2009). Dual diagnosis: Prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33**(1), 160-168.

Mahoney, M. (1980). **Abnormal Psychology**: Perspectives in human variance. New York: Harper & Raw.

Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A., & Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women Prisoners who have engaged in near-Lethal self-harm: Case–control study. **The British Journal of Psychiatry, 197** (3),219-226.

Maslow, A. (1970).**Toward** a **psychology** of **being.** New York: Vannostrand Rein Hold Company.

Mirzamani, S. (2011). Comparison of value system among a group of military prisoners with controls in Tehran. **Iran Journal of Psychiatry, 6** (3), 121-134.

Morris, W. (1981). **The American heritage dictionary of the English language.** Boston: Houghton Mifflin.

Norris, F., & Hamblen, J.(2003). **Standardized self-report measure of civilian trauma and PTSD**. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), Assessing Psychological Trauma and PTSD: Apractitioner's handbook (2nd Ed.) New York: Guilford.

Okorodudu, G. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District**. Edo Journal of Counseling, 3** (1), 58-86.

Patrick, M., Hobson, P., Castle, D., & Howard, R. (1994). Personality disorder and mental representation of early social experience. **Development and Psychopathology,6** (1),375-388.

Pines, M. (1982). Its changing the lives handicapped kides. **Psycholog Today**, **3** (16), 48-53.

Pridmore, S. (2013). **Download of psychiatry**. Chapter 2 Retrieved in 3-2-2013 from:.http://eprints.utas.edu.au.

Reichert, J., Adams ,S.,& Bostwick, L .(2010).**Victimization and help- seeking behaviors among female prisoners in Illinois**. Illinois: Criminal Justice Information.

Rogers, C. (1980). **Way of being.** Boston: Houghton-Mifflin.

Sandeep Kumar, G., Paramjit, S., Parshotam, G., Samta, G., &Aseem, G.(2011). Psychiatric morbidity in prisoners. **Indian Journal of Psychiatry, 53**(3), 253-257.

Sarason, I. (1972). **Abnormal psychology**. British : Prentice Hall.

Schumaker, J. (1992). **Religion and mental health.** Oxford: Oxford University Press.

Scrimshaw,S., & Hurtado**,** E **.** (1987**). Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness.** Tokyo**:** U.N. University**.**

Shaffer, G. (1972). **Principled of social psychology**. New York: Publishers Co.

Shaun,P., Louise, W., & Don, G. (2001). Prevalence of mental disorder in female remand prisons. **Journal of Forensic Psychiatry,12**(1),194-202.

Skinner, P. (1938). **About behaviorsim**. New York: Knopf.

Spielberger, C., Auerbach, S.,Wadsworth, A., Dunn, T., & Taulbee, E. (1973). Emotional reactions to surgery. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40** (1), 33-38.

Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., De Gruy, F., & Hahn, S. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. **Journal of the American Medical Association, 27**(2), 1749–1756.

Statt, D. (1982). **Dictionary of psychology.** Boston: Barnes & Noble.

Stewart, W., Rabkin, G., Quitkin, M., McGrath, J., & Klein, D. (1993). **Atypical depression.** NJ: WB Saunders Company.

Thomes , W., & Foster, C. (1973).The importation model perspective on inmate social role. **Sociological Quarterly, 3** (4), 423-498.

Tye, S., & Mullen, E. (2006). Mental disorders in female prisoners. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40**(3), 266- 271.

U.S. Department of Health and Human Services.(2013). **Anxiety disorders.** Washington: National Institutes of Health.

Vernon, G. (1962). **Sociology of religion**. New York: McGraw-Hill.

Warren, I., Burnette, M., South, C., Chauhan, P., Bale, R., & Friend, R. (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 30** (4),502-509.

Watzke, S., Ullrich, S., & Marneros, A. (2006). Gender-and violence- related prevalence of mental disorders in prisoners. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256** (7), 414- 421.

Weissman, M., Bruce, M.. Leaf, J., Florio, P., & Holzer, C. (1991). Affective disorders. **Psychiatric Disorders in America, 2** (2)**,** 53-80.

Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). **The PTSD Checklist: Reliability, validity, and Diagnostic Utility**. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Wolff, N., Morgan, D., Shi, J., Huening, J., & Fisher, H. (2011). Thinking styles and emotional states of male and female prison inmates by mental disorder status. **Psychiatric Services, 62** (12), 1485-1493.

Zlotnick, C., Clarke, J., Friedmann, P., Roberts, M., Sacks, S.,& Melnick,G. (2008). Gender differences in co morbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. **Behavioral Sciences & The Law,26** (4),403-412.

ملحق رقم (1)

كتاب طلب تسهيل المهمة الموجه من جامعة اليرموك لإدارة مراكز الإصلاح والتأهيل

جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

الرقم: ك ت/١٨/٠١٧/ ٢٠٤٠٣٥

التاريخ: ٦ صفر ١٤٣٤ هـ

الموافق: ٢٠ كانون اول/ ٢٠١٢ م

كلية التربية
مكتب العميد

السيد مدير مديرية مراكز الاصلاح والتأهيل المحترم
عمان

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة وداد محمد صالح الكفيري

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الطالبة وداد **محمد صالح الكفيري**، ورقمها الجامعي (٢٠١٠٢٢٠٠١٦)، بدراسة بعنوان **"بعض الاضطرابات النفسية وأساليب المعاملة الوالديه ومستوى التدين لدى نزيلات مركز اصلاح وتأهيل النساء في الاردن في ضوء بعض المتغيرات"**؛ وذلك إستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية، تخصص إرشاد نفسي، ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة (مقياس) على عينة من النزيلات النساء في المركز.

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام...

عميد كلية التربية

أ.د. أمل خصاونة

ملحق رقم (2)

الموافقة الأمنية الصادرة من إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل على تطبيق أدوات الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل

قسم التعليم الأكاديمي

الرقم: ٩ / ٩٩ /دراسات / ٢٨٦٤

التاريخ /رجب /١٤٣٤هـ

الموافق ٥ / أيار /٢٠١٣م

السادة جامعة اليرمـــــوك

الموضوع :الطالبة وداد محمد صالح الكفيري

الإشارة لكتابكم رقم ك ت ١٠٧/١٨/١٤٠٤ تاريخ ٢٠١٣/١/٢٠م

١. أرجو أن أعلمكم بأنة تمت الموافقة على إجراء الدراسة المنوه عنها بالإشارة رقم أعلاه للطالبة وداد داخل مركز إصلاح وتأهيل النساء .

٢. لإجراءاتكم لطفاً .

واقبلوا الاحترام ،،،،

العميـــــد

مدير إدارة مراكز الإصلاح والتأهيـل

م. كمي الحاجب

نسخة :

- رئيس شعبة البرامج والخدمـــــات .

المملكة الأردنية الهاشمية - عمان

الموقع الإلكتروني : www.crc.psd.gov.jo - البريد الإلكتروني : rehab.dept@psd.gov.jo

ملحق (3)

مقياس القلق العام قبل التحكيم

سلامة الصياغة اللغوية	وضوح المعنى للفقرة	مطلقا	نادرا	غالبا	دائما	الفقرة	الرقم
						أشعر بالألم في جميع أجزاء جسمي.	1
						أعاني من آلام في المعدة.	2
						أشعر بضيق في التنفس.	3
						أبلع الطعام بصعوبة.	4
						أصاب بنوبات من القيء والغثيان.	5
						أحس بيداي ترتعشان عندما أتعرض لمواقف حرجة.	6
						أعاني من فقدان الشهية.	7
						فكري مشغول بما سيحدث مستقبلا.	8
						أشعر أنني مشتتة الذهن.	9
						أجد صعوبة في التركيز.	10
						أعاني من الكوابيس.	11
						أقلق حينما أشعر أنني لا أزال في السجن.	12
						دقات قلبي غير منتظمة.	13
						تراودني أفكار مزعجة حول الموت.	14
						تجرح مشاعري بسهولة.	15
						يراودني القلق بأن شيئا سيئا سيحدث لي.	16
						ينشغل بالي بما يدور في أذهان الآخرين حولي.	17
						ينتابني القلق حين أهم بالنوم في الليل.	18
						أعتقد أني عصبية المزاج.	19
						أشعر بالخوف.	20

ملحق (4)

مقياس القلق العام بعد التحكيم

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	نادرا	مطلقا
.1	أشعر بالألم في جميع أجزاء جسمي.				
.2	أشعر بضيق في التنفس.				
.3	أجد صعوبة في بلع الطعام.				
.4	أشعر بالدوار والدوخة.				
.5	ترتعش يداي عندما أتعرض لمواقف حرجة.				
.6	أعاني من فقدان الشهية.				
.7	المستقبل يقلقني.				
.8	لا أستطيع التركيز.				
.9	أستيقظ من النوم بسبب الكوابيس.				
.10	أشعر بالقلق.				
.11	دقات قلبي غير منتظمة.				
.12	أفكر بالموت.				
.13	تجرح مشاعري بسهولة.				
.14	أشعر أن شيئا سيئا سيحدث لي.				
.15	أفكر في أمور مزعجة.				
.16	لدي صعوبة في الدخول بالنوم.				
.17	أنا عصبية.				
.18	لا أستطيع الدخول بنوم عميق.				
.19	أشعر بالخوف.				

ملحق (5)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس القلق العام

رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الأداة	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الأداة
1	0.30	11	0.38
2	0.33	12	0.32
3	0.35	13	0.33
4	0.34	14	0.52
5	0.34	15	0.47
6	0.36	16	0.31
7	0.36	17	0.35
8	0.31	18	0.37
9	0.40	19	0.38
10	0.57		

ملحق(6)

مقياس بيك للاكتئاب

مقياس (Beck)

الفقرة		البدائل
1		لا أشعر بالحزن.
		لا أشعر بالحزن في بعض الأوقات.
		أشعر بالحزن ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور.
		أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.
2		لست متشائمة بشأن المستقبل.
		أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.
		أشعر انه لا يوجد لدي ما اطمح للوصول إليه.
		أشعر بان المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغييره.
3		لا أشعر بأنني إنسانة فاشلة بشكل عام.
		أشعر بأنني أواجه الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي.
		عندما أنظر إلى حياتي الماضية فإن كل ما أراه الكثير من الفشل.
		أشعر بأنني إنسانة فاشلة فشلا تاما.
4		ما زالت الأشياء تعطيني شعورا بالرضا كما كانت سابقا.
		لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به سابقا.
		لم أعد أشعر بأي متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق.
		لدي شعور بعدم الرضا والملل من كل الأشياء.
5		لا يوجد لدي أي شعور بالذنب.
		أشعر بالذنب في بعض الأوقات.
		أشعر بالذنب في معظم الأوقات.
		أشعر بالذنب في كافة الأوقات.
6		لا أشعر بأنني أستحق عقابا من أي نوع.
		أشعر بأنني استحق العقاب أحيانا.

		كثيرا ما أشعر بأنني أستحق العقاب.
		أحس أنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني أستحق ذلك.
7		لا أشعر بخيبة أمل في نفسي.
		أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
		أشعر أحيانا بأنني أكره نفسي.
		أكره نفسي في كل الأوقات.
8		لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
		أنتقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف.
		ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.
		ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة بذلك.
9		لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية.
		توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكني لن أقوم بتنفيذها.
		أرغب في قتل نفسي.
		سأقتل نفسي إذا توافرت لي الفرصة السانحة لذلك .
10		لا أبكي أكثر من المعتاد.
		أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.
		أبكي طيلة الوقت في هذه الأيام.
		لقد كانت لدي القدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء رغم أنني أريد ذلك.
11		لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريعة الغضب أكثر من المعتاد.
		أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد في هذه الأيام.
		أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام.
		أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني.
12		لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس.
		أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه.

		فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
		فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.
13		أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما استطيع القيام به.
		أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل بالعادة.
		أصبحت أجد صعوبة كبيرة باتخاذ القرارات هذه الأيام.
		لم تعد لدي أي قدرة على اتخاذ القرارات هذه الأيام.
14		أشعر بأن مظهري مناسب كما كان بالعادة.
		يزعجني الشعور بأنني أبدو كهلة أو غير جذابة.
		أشعر بأن هنالك تغييرات دائمة طرأت على تجعلني أبدو غير جذابة.
		اعتقد بأنني أبدو قبيحة.
15		أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.
		احتاج إلى جهد إضافي كي أبدا العمل في أي شيء.
		علي أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بإنجاز عمل ما.
		لا أستطيع العمل أو إنجاز شيء على الإطلاق.
16		أستطيع النوم جيدا.
		لا أنام جيدا كالمعتاد.
		أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم.
		استيقظ من النوم أبكر بساعات من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.
17		لا أجد أنني أصبحت أكثر تعبا من المعتاد.
		أصبحت أكثر تعبا من المعتاد.
		أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريبا.
		أنا متعبة جدا لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء.
18		شهيتي للطعام هي كالمعتاد.
		شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي عادة.

		شهيتي للطعام سيئة جدا هذه الأيام.
		ليس لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام.
19		لم أفقد شيئا من وزني مؤخرا .
		فقدت من وزني 2 كغم.
		فقدت من وزني حوالي 4 كغم.
		فقدت من وزني أكثر من حوالي 6 كغم.
20		ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.
		أنا منزعجة بشان المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية عامة.
		أنا متضايقة من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.
		أنا قلقة للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في شيء آخر.
21		لم ألاحظ أية تغييرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية.
		أصبحت أقل اهتماما بالأمور الجنسية مما كنت عليه سابقا.
		اهتمامي قليل جدا بالأمور الجنسية هذه الأيام.
		فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسية.

ملحق (7)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس بيك للاكتئاب

رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الأداة	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الأداة
1	0.35	12	0.47
2	0.69	13	0.59
3	0.59	14	0.49
4	0.56	15	0.54
5	0.46	16	0.36
6	0.40	17	0.52
7	0.55	18	0.41
8	0.52	19	0.38
9	0.33	20	0.50
10	0.60	21	0.41
11	0.41		

ملحق (8)

مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة قبل التحكيم

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا	وضوح المعنى للفقرة	سلامة الصياغة اللغوية
1	هل تتعرضي لذكريات مزعجة، أو أفكار، أو صور متكررة لحادثة دخولك السجن لا ترغبي التفكير فيها.							
2	هل تعاني من أحلام مزعجة، أو كوابيس متكررة متعلقة بدخولك السجن.							
3	هل تشعري فجاة أو تتصرفي وكأن حادثة دخولك السجن تحدث مجددا (أو كأنك تعيشينها).							
4	هل تشعري بالانزعاج الشديد حينما تتذكري حادثة دخولك السجن.							
5	هل تشعري بزيادة في دقات القلب، أو صعوبة في التنفس، أو التعرق عندما يذكرك شيء ما بدخولك السجن.							
6	هل تتجنبي التحدث أو التفكير في حادثة دخولك السجن أو حتى تتجنبي المشاعر المتعلقة بها.							
7	هل تتجنبي النشاطات أو المواقف أو الأماكن أو الأشخاص الذين يذكرونك في حادثة دخولك السجن.							
8	هل تشعري بالفتور العاطفي أو فقدان مشاعر الحب لمن هم قريبون منك؟							
9	هل فقدتي اهتمامك بالنشاطات التي كنتي تستمتعي بها؟							
10	هل تشعري بالفتور العاطفي تجاه الناس بعد حادثة دخولك السجن؟							
11	هل تشعري بأن عمرك ربما أصبح قصيرا (أي أنك لن تعيشي طويلا)؟							

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا	وضوح المعنى للفقرة	سلامة الصياغة اللغوية
12	هل تواجهي صعوبة في النوم أو الاستغراق فيه؟							
13	هل تشعري بسرعة الاستثارة أو تواجهك نوبات الغضب؟							
14	هل تواجهي صعوبة في التركيز؟							
15	هل أصبحت شديدة الحذر أو متيقظة أو مستعدة للمفاجآت؟							
16	هل تشعري بأنك خائفة أو أنه يسهل إجفالك (كأن يأتي شخص من ورائك)؟							
17	هل تشعري بالابتعاد عن الناس أو الانقطاع عنهم بعد حادثة دخولك السجن؟							

ملحق(9)

مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة بعد التحكيم

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحياناً	نادرا	مطلقا
1	هل تتعرضي لذكريات مزعجة لحادثة دخولك السجن لا ترغبي التفكير فيها؟					
2	هل تعاني من أحلام مزعجة، أو كوابيس متكررة متعلقة بدخولك السجن؟					
3	هل تشعري فجأة أو تتصرفي وكأن حادثة دخولك السجن تحدث مجددا (أو كأنك تعيشينها)؟					
4	هل تشعري بالانزعاج الشديد حينما تتذكري حادثة دخولك السجن؟					
5	هل تشعري بالتعرق عندما يذكرك شيء ما بدخولك السجن؟					
6	هل تتجنبي التحدث أو التفكير في حادثة دخولك السجن أو حتى تتجنبي المشاعر المتعلقة بها؟					
7	هل تتجنبي الأشخاص الذين يذكرونك في حادثة دخولك السجن؟					
8	هل تشعري بزيادة في دقات القلب، أو صعوبة في التنفس عندما يذكرك شيء ما بدخولك السجن؟					
9	هل فقدتي اهتمامك بالنشاطات التي كنت تستمتعي بها بعد حادثة دخولك السجن؟					
10	هل تشعري بالفتور العاطفي تجاه الناس بعد حادثة دخولك السجن؟					
11	هل تشعري بأن عمرك ربما أصبح قصيرا (أي أنك لن تعيشي طويلا)؟					
12	هل تواجهي صعوبة في الدخول بالنوم؟					
13	هل تشعري بسرعة الاستثارة؟					
14	هل تواجهي صعوبة في التركيز؟					
15	هل أصبحت شديدة الحذر أو متيقظة أو مستعدة للمفاجآت؟					
16	هل تشعري بأنك خائفة أو أنه يسهل إجفالك (كأن يأتي شخص من ورائك)؟					
17	هل تتجنبي المواقف أو الأماكن أو الأشخاص الذين يذكرونك في حادثة دخولك السجن؟					

ملحق(10)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة

رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الأداة	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع الأداة
1	0.30	10	0.51
2	0.42	11	0.37
3	0.31	12	0.41
4	0.39	13	0.41
5	0.53	14	0.35
6	0.50	15	0.35
7	0.64	16	0.39
8	0.55	17	0.65
9	0.49		

ملحق (11)

مقياس أساليب المعاملة الوالدية

الفقرة	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
صورة الأب					
1.يفرض رأيه بشدة أثناء المناقشات .(ط)					
2.يوجه سلوكي بمنطق ونظام .(ح)					
3.يغضب مني عندما أحاول مخالفته في الرأي (ط)					
4.يهمل مشكلات الأبناء داخل الأسرة .(ه)					
5.يعمل على تعزيز الثقة المتبادلة بينه وبيني.(ح)					
6.يتصيد أخطائي ويستغلها لمصلحته الشخصية .(ط)					
7.يعزز لدي شعور المسؤولية .(ح)					
8.لا يتدخل بما أفعله.(ه)					
9.يعاقبني عندما لا أحقق طموحاته.(ط)					
10.يراعي حاجات أفراد الأسرة.(ح)					
11. يتصف بضعف القدرة على تنظيم أمورالأسرة(ه)					
12.يجبرني على تنفيذ ما يريد مني.(ط)					
13.تتسم قراراته بعدم المسؤولية واللامبالاة.(ه)					
14.يعمل على تحقيق التآلف داخل الأسرة.(ح)					

الفقرة	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
15.يحاول التنصل من المسؤولية.(ه)					
صورة الأم					
الفقرة	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
1.تفرض رأيها بشدة أثناء المناقشات.(ط)					
2.توجه سلوكي بمنطق ونظام.(ح)					
3.تغضب مني عندما أحاول مخالفتها في الرأي.(ط)					
4.تهمل مشكلات الأبناء داخل الأسرة.(ه)					
5.تعمل على تعزيز الثقة المتبادلة بينها وبيني.(ح)					
6.تتصيد أخطائي وتستغلها لمصلحتها الخاصة.(ط)					
7.تعزز لدي الشعور بالمسؤولية.(ح)					
8.لا تتدخل بما أفعله.(ه)					
9.تعاقبني عندما لا احقق طموحاتها.(ط)					
10.تراعي حاجات أفراد الأسرة.(ح)					
11.تتصف بضعف القدرة على تنظيم أمور الأسرة (ه).					
12.تجبرني على تنفيذ ما تريد مني.(ط)					
13.تتسم قراراتها بعدم المسؤولية واللامبالاة.(ه)					
14.تعمل على تحقيق التآلف داخل الأسرة.(ح)					
15.تحاول التنصل من المسؤولية.(ه)					

ط= المتسلط

ح= الحازم
ه= المتساهل

ملحق (12)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس أساليب المعاملة الوالدية والمحور الذي تنتمي إليه

رقم الفقرة	المتسلط	رقم الفقرة	الحازم	رقم الفقرة	المتساهل
1	0.63	2	0.71	4	0.55
3	0.57	5	0.58	8	0.31
6	0.42	7	0.64	11	0.53
9	0.57	10	0.66	13	0.66
12	0.61	14	0.74	15	0.67

ملحق (13)

مقياس مستوى التدين قبل التحكيم

الرقم	الفقرة	موافق بشدة	موافق	غير متأكدة	معارضة	معارضة بشدة	وضوح الفقرة	سلامة الصياغة اللغوية	انتماء الفقرة للمجال
المجال الأول : العقيدة									
1	قناعتي بوجود الله تامة.								
2	أعتقد أن يوم القيامة حقيقة لا مفر منها								
3	أعتقد أن الإيمان لا يستوجب الإيمان بجميع الرسل.								
4	إن القول بوجود الغيبيات (الملائكة والجن ...) قول يفتقد إلى الدليل العلمي.								
5	الجنة والنار مفاهيم رمزية فقط.								
6	يوم القيامة حقيقة لا مفر منها.								
7	أعتقد أن الحياة تنتهي نهاية لا حياة بعدها.								
8	أعتبر الرسول (ص) قدوتي.								
9	إن كل ما يحدث لنا مكتوب بقدر.								
المجال الثاني :العبادات									
10	الصوم إمساك عن الطعام والشراب فقط.								
11	أعتقد أن المؤمن يؤجر على طلب العلم كالعبادة.								
12	أحرص على أداء الصلاة على وقتها.								
13	جمع المال أفضل ضمان للمستقبل.								
14	أقتصر من الصيام على صيام رمضان.								
15	التكفير عن حلف اليمين ليس واجبا.								
16	التسبيح أمر جيد.								
17	أكثر من تلاوة القران الكريم.								
18	أغتسل بعد انتهاء الحيض.								

ملحق(14)

مقياس مستوى التدين بعد التحكيم

الرقم	الفقرة	موافق بشدة	موافق	غير متأكدة	معارضة	معارضة بشدة
.1	إيماني بوجود الله تعالى قوي.					
.2	يوم القيامة حقيقة مؤكدة.					
.3	يجب علي الإيمان بجميع الرسل.					
.4	لا وجود للغيبيات مثل :(الملائكة والجن ...).					
.5	الجنة والنار موجودتان حقيقة.					
.6	أؤمن جميع الرسل.					
.7	أعترف أني مسؤولة عن أخطائي ولا أحمل القدر المسؤولية.					
.8	إن كل ما يحدث لنا قضاء وقدر.					
.9	يجب الإيمان بجميع الكتب السماوية.					
.10	أنوي الحج بعد خروجي من السجن.					
.11	المؤمن يؤجر على طلب العلم.					
.12	أحرص على أداء الصلاة.					
.13	أحب جمع المال بغض النظر عن الحلال والحرام.					
.14	أحرص على صيام رمضان.					
.15	التكفير(الكفارة) عن حلف اليمين ليس واجبا.					
.16	أحافظ على أذكار الصباح والمساء.					
.17	أحرص على تلاوة القران الكريم.					
.18	أصوم تطوعا في غير رمضان.					
.19	أحرص على البر بوالدي.					
.20	أتصدق متى تيسر لي.					
.21	أبتعد عن الغيبة والنميمة.					
.22	لا أعتدي على الناس خوفا من الله.					

ملحق(15)

قيم معاملات ارتباط فقرات مستوى التدين بالمقياس الكلي والمجالات

رقم الفقرة	معامل الارتباط مع المجال	معامل الارتباط مع الأداة	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع المجال	معامل الارتباط مع الأداة
1	0.58	0.61	12	0.78	0.81
2	0.75	0.72	13	0.45	0.50
3	0.63	0.72	14	0.71	0.73
4	0.41	0.40	15	0.40	0.37
5	0.80	0.82	16	0.58	0.60
6	0.64	0.67	17	0.77	0.75
7	0.52	0.50	18	0.63	0.62
8	0.71	0.74	19	0.62	0.61
9	0.77	0.79	20	0.68	0.72
10	0.32	0.30	21	0.61	0.62
11	0.74	0.77	22	0.72	0.74

ملحق (16)

بطاقة المعلومات الديموغرافية

بسم الله الرحمن الرحيم

أختي الفاضلة
تحية طيبة وبعد ...

تقوم الباحثة بدراسة تتعلق ببعض الاضطرابات النفسية لدى النزيلات في مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن، لذا يرجى منك وضع علامة داخل المربع المنطبق عليك، وعدم وضع أكثر من إشارة واحدة أمام كل فقرة، علماً بأن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي وللمساهمة في تحسين أوضاع النزيلات بإذن الله .

الباحثة :**وداد محمد الكفيري**

أرجو وضع أشارة (×) داخل المربع الذي ينطبق عليك :
العمر: □ أقل من 25 سنة □ من 26-35 سنة□ 36 سنة فأكثر.

المؤهل العلمي: □ ثانوية عامة فأقل □ دبلوم فأكثر.

الدخل الشهري: □ أقل من 300 دينار □ 301 دينار فأكثر.

الحالة الاجتماعية: □ متزوجة □عزباء □منفصلة □ أرملة □ مطلقة

ملحق (17)

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين

اسم المحكم	التخصص	الجامعة
د. قاسم سمور	أستاذ في الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. عبد الكريم جرادات	أستاذ في الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. رعد الشاوي	أستاذ في الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. فواز المومني	أستاذ في الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. أحمد الشريفين	أستاذ في الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. بسام بني ياسين	أستاذ في الإرشاد النفسي	جامعة البلقاء التطبيقية
د. فيصل الربيع	أستاذ في علم النفس الإرشادي	جامعة اليرموك
د. آمال الزعبي	أستاذ في القياس والتقويم	جامعة اليرموك
د. وليد الخطيب	باحث متفرغ /مدير دائرة استطلاعات الرأي والمسوح الميدانية / تخصص إحصاء سياسي واجتماعي	الجامعة الأردنية / مركز الدراسات الاستراتيجية
أ.د. محمود الرشدان	أستاذ في الفقه الإسلامي	جامعة اليرموك
د. محمد طوالبة	أستاذ في أصول الدين	جامعة اليرموك
د. يحيى شطناوي	أستاذ في أصول الدين	جامعة اليرموك
د. أحمد ضياء الدين	أستاذ في الفقه الإسلامي	جامعة اليرموك

Abstract

Al-kfiri. Wedad Mohammad. Some Psychological Disorders, Parenting styles and Level of Religiosity among Convicted Females in the Rehabilitation Center in Jordan in light of some variables . PhD Dissertation. Yarmouk University. 2013. Supervisor: Dr. Qasem Mohammad Samour.

The purpose of this study is to investigate the level of psychological disorders such as (anxiety, depression, and Posttraumatic Stress Disorder as well as parenting styles and levels of religiosity among the Prisoners of the Correction and Rehabilitation Center of Women in Jordan. The sample of the study consisted of (252) female prisoners selected through available sampling in May of 2013, To achieve this aim the researcher administrated general anxiety scale of Spielberger and his colleagues translated into Arabic, Beck Depression Inventory translated into Arabic as well as Posttraumatic Stress Disorder adopted into Jordanian environment by Al-Momani. Moreover, the researcher administrated the parenting styles scale derived from Buri scale in addition to religiosity level scale developed by the researcher. The researcher used mean, standard deviation, MANOVA and post comparison to conclude the findings.

The findings of the study showed that the levels of anxiety and Posttraumatic Stress ddisorder were high among prisoners. Meanwhile, depression was in an average level. Furthermore, the dominant parenting style among prisoners' families was the authoritative style followed by the authoritarien style and finally permissive style. With regard to the level of religiosity among prisoners it was high among prisoners on the tool as a whole and on both creed and worships.

With regard to the demographic variables relationships with the study variables, the findings showed the following:

- There were significant statistical differences at the level of psychological disorders attributed to age in the favor of (18-25) years old and for the effect of scientific qualification in the favor of secondary and less certificate and the effect of income for the favor of 300 JD and less. Moreover, there were differences for the effect of social status in the favor of divorced.
- There were significant statistical differences attributed to the effect of scientific qualification in parenting styles in the favor of secondary and less certificate and for the effect of social status in the favor of divorces in the authoritative style and for single in the permissive style.
- There were significant statistical differences in the level of religiosity on the two domains attributed to the effect of scientific qualification and monthly income in the favor of secondary certificate and less and less than 300 JD income.

Based on the findings of the study the researcher recommended the need of conducting more studies in those centers as well as conducting empirical studies that may provide prisoners of treatment programs.

Key Words: Level of Psychological disorders. Parenting Styles. Levels of Religiosity. The Correction and Rehabilitation Center of Women